Nr. 39 24 września 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Br. FRENKIEL i J. LEYBERG. Łódź.

Dwa przypadki ostrego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych podczas stosowania podoponowych wlewań neosalwarsanu.

(Z oddziału chorób nerwowych Szpit. O. K. w Łodzi).

Niedawno ogłosiliśmy [1]) przypadek ostrego zapalenia opon u kiłowego (leczonego przez nas podług metody G e n n e r i c h a), u którego wystąpiło ono po trzeciem wlewaniu neosalwarsanu do worka oponowego. Badanie bakterjologiczne wykazało wówczas obecność dwoinek Weichselbauma (*diplococcus intracellularis*). Obecnie chcemy się podzielić z kolegami dalszemi w tym kierunku spostrzeżeniami.

P r z y p a d e k 2-gi. I. 22 l. Infekcja pierwotna w lutym 1921 r. Obecnie nie ma żadnych objawów klinicznych kiły. Badanie krwi: Wa +-+. Badanie płynu wykazuje: Wa przy 0,25 ++++, Nonne-Apelt do latni, Pandy dodatni, liczne małe limfocyty.

R o z p o z n a n i e: kiła opon (*Liquor lues, Meningitis histologica Ravaut*)

Wobec tego, że powyżej podany stan płynu mózgowo-rdzeniowego, zdaniem naszem, sprawia niespodzianki w postaci następowego ciężkiego schorzenia układu nerwowego, chory otrzymuje leczenie mieszane podług metody Gennericha: zastrzyknięcie kalomelu, wlewania dożylne neo i wlewania dolędźwiowe tegoż przetworu.

Te ostatnie znosił dobrze; odczyn trwał dobę i polegał na bólach głowy i nieznacznem podniesieniu ciepłoty.

Dwa dni po 6-tem wlewaniu dolędźwiowem, które zastosowano 16 stycznia 1922 r., chory wieczorem dostał gorączki (38°) i silnych bólów głowy, a badanie dnia następnego (19. I.) wykazywało: bóle głowy, sztywność karku i objaw Kerniga; zaś 20-go I. jeszcze wymioty i objaw Brudzińskiego. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętno-ropny; w płynie bardzo liczne wielojądrzaste leukocyty; żadnych bakteryj; posiew jałowy [2]).

Wynik badania płynu: obfita ropa bez flory bakteryjnej, zniewolił nas do przypuszczenia, że mamy tu do czynienia z zapaleniem opon meningokokowem. Dwoinki wewnątrzkomórkowe, jak wiadomo, często przy zupełnie pewnem nagminnem zapaleniu opon znajdują się w tak małej ilości, że badanie drobnowidzowe może ich nie wykryć; tracą one szybko swoją siłę żywotną a wtedy i posiew wypada ujemnie; inna flora ropotwórcza — paciorkowce i gronkowce — jest więcej odporna i łatwiejsza do stwierdzenia.

Poprzednio opisany [3]) przypadek nasz zapalenia opon, które powstało w warunkach podobnych, a w którym wykazano obecność meningokoków — podtrzymywał nas w tem przypuszczeniu i dlatego, nie bacząc na ujemny wynik w danym przypadku badania płynu, zastosowaliśmy natychmiast 2 flakony surowicy przeciwmeningokokowej pod skórę, a następnego dnia tyleż surowicy podoponowo. Już 21 stycznia nastąpiła znaczna poprawa w stanie chorego, a w ciągu dni następnych objawy oponowe zupełnie znikły. Chory po kilku dniach wstał.

Sądzimy, że mamy prawo do wniosku, że i w tym przypadku mieliśmy ostre nagminne (meningokokowe) zapalenie opon, znowu o przebiegu bardzo łagodnym. Odczyn Wassermanna w płynie nie uległ po tem ostrem zakażeniu żadnej zmianie.

P r z y p a d e k 3-ci. Jas. 23 l. Wrzód twardy w styczniu r. 1920; 1-e leczenie (4 Neo i 12 Hg) w czerwcu 1920 r. i 2-ga kuracja (5 Neo i 12 Hg) w czerwcu 1921 r. Do szpitala przybył 19. XII. 1921. Wywiady: od 3-ch tygodni silne osłabienie nóg i senność; latem żółtaczka, trwająca 3 tygodnie. Stan obecny: Odczyny źreniczne prawidłowe; głos zmatowany, mowa zlekka skandowana; odruchy brzuszne żywe; kolanowe bardzo żywe; *clonus patellae dextr*; odruchy stopowe zachowane; podeszwowe b. słabe. Napięcie mięśniowe w kończynach dolnych nieco wzmożone; chód spastyczno-paretyczno-ataktyczny; niewyraźny Romberg. Drżenie ręki lewej przy wykonywaniu ruchów. Twarz maskowata, stereotypowy uśmiech. Nieznaczne zaburzenia w orjentacji, tarcze przekrwione, granice zlekka zamazane. Wa we krwi ++; w płynie Wa przy 0,1 +++, przy 0,25 ++++; N.-A. ujemny; Pandy dodatni; pojedyńcze małe limfocyty.

Obraz kliniczny przypominał stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex*. Wobec wywiadów i wyników badania krwi i płynu m.-rdz. rozpoznanie: *Lues disseminata cerebrospinalis*. Wybitny odczyn Wassermanna w płynie wskazuje na istnienie u naszego chorego poważnych ognisk oponowych.

Chory 31. XII. otrzymuje zastrzyknięcie kalomelu i 0,6 Neo śródżylnie, a 5. I. 1922 I. dolędźwiowe wlewanie (podług Gennericha); płynu wypuszczono 65 cm, dodano 0,6 mg. Neo. Po wlewaniu bóle w krzyżu; ciepłota niepodniesiona. U chorego stosuje się w dalszym ciągu energiczne leczenie; wyraźna poprawa; zaczyna lepiej chodzić, umysł jaśniejszy.

6. kwietnia 1922 II. dolędźwiowe wlewanie; wypuszczono 65 cm³ płynu, dodano 0,6 mg Neo. I to wlewanie chory znosi dobrze; wstał po dwu dniach.

12. maja III-e dolędźwiowe wlewanie: wypuszczono 70 cm³ płynu; dodano 0,9 mg Neo. Po wlewaniu wymioty, wieczorem t° 39,2° i bóle głowy.

14. V. 1922 wymioty, lekka sztywność karku, nieprzytomny, 39°.

15. V. 1922 wymioty, nieprzytomny, sztywność karku, drgawki w nogach, zniesienie odruchów stopowych. Nakłucie lędźwiowe (wypuszczono 50 cm³ płynu) wykazuje: płyn wycieka pod silnem ciśnieniem, mętny; w preparatach liczne leukocyty wielojądrzaste; bakteryj żadnych; posiew jałowy. Chory otrzymuje 2 flakony surowicy przeciwmeningokokowej pod skórę.

16. V. Stan nieco lepszy; nie wymiotuje; t° 38°.

17. V. dalej nieprzytomny, t° 37,8; nakłucie lędźwiowe: płyn przeźroczysty, ciśnienie średnie.

18. V. Nawpół przytomny; sztywność karku mniejsza; t° 37,2.

19. V. Przytomny, nie mówi; t° normalna.

20. V. Zaczyna mówić; żadnych objawów oponowych.

22. V. Ogólne osłabienie i 25. V. chory wstaje.

I tu po 3-ciem wlewaniu — ostre zapalenie opon, już o nieco cięższym przebiegu, bo objawy oponowe trwały tydzień. I w tym przypadku bakterjologiczne poszukiwania dały wynik ujemny.

Dwa omawiane przypadki możemy sformułować w sposób następujący: W przebiegu stosowania wlewań endolumbalnych Neosalwarsanu podług Gennericha wystąpiło ostre zapalenie opon o obfitej wydzielinie ropnej. Powikłanie to miało przebieg pomyślny. Ujemny wynik bakterjologiczny nie wyklucza tego, że zapalenie opon było wywołane przez meningokoki, tak jak to miało miejsce w naszym przypadku pierwszym [4]).

Wtedy wypowiedzieliśmy przypuszczenie, że przebywające saprofitycznie w oponach dwoinki — zyskują moc chorobotwórczą — na skutek osłabienia odporności środowiska oponowego, podrażnionego przez ciała obce (Neosalvarsan albo rozczyn fizjologiczny soli).

Wobec tego, że w obu obecnie ogłaszanych przypadkach płyn mózgowo-rdzeniowy okazał się jałowym, nie możemy pominąć milczeniem i takiej możliwości, że tu ostre zapalenie opon było spowodowane wyłącznie przez czynniki fizyko-chemiczne, było — innemi słowy — silnym odczynem opon na wprowadzony czynnik obcy (zapalenie ropne opon niebakteryjne). Wiadomo przecież, że W e y g a n d i J a c o b otrzymywali u małp wybitne zmiany anatomo-patologiczne w oponach po wlewaniu stężonych rozczynów Salwarsanu.

Nie sądzimy jednak, żeby przypuszczenie tu aseptycznego ropnego zapalenia opon było uzasadnione. Przeciwko temu przemawia rzadkość takiego powikłania — jakiem jest ostre zapalenie opon przy dużej ilości wlewań — naszych i innych autorów; po drugie, w 3-cim przypadku wystąpiło ono po stosunkowo małej dozie, bo 0,9 mg Neo, podczas kiedy wlewania 1,8 mg, a nawet 2,4 mg nie wywoływały podobnego odczynu; następnie, we wszystkich omówionych przypadkach zapalenie opon wystąpiło po wlewaniach powtórnych, nie może więc być mowy o osobniczej a priori wrażliwości opon na lek wprowadzany. Dowodzi tego rów-

[1]) F r e n k i e l i L e y b e r g. Lekarz wojskowy Nr. 5. 1922.

[2]) Wszystkie badania laboratoryjne były wykonane w Instytucie epidemjologicznym w Łodzi pod kierunkiem prof. V e n u l e t a, za co mu serdecznie dziękujemy.

[3]) L. c.

[4]) l. c.

nież nasz pierwszy, przypadek w którym już po przebytem zapaleniu opon dokonaliśmy kilku dalszych wlewań endolumbalnych, po których nie wystąpiły objawy zapalenia opon.

Polemizując z Gennerichem, Dreyfuss, a za nim uczeń jego Fuchs, powołują się na swój przypadek bardzo ciężkiego w przebiegu nagminnego zapalenia opon (*Diplokokken-meningitis* ?), który po wielotygodniowem trwaniu skończył się przecież pomyślnie. Niestety nie mamy dokładniejszej historji choroby ich przypadku, nie wiemy, czy zapalenie opon było dość wcześnie rozpoznane i jakie było stosowane leczenie.

W książce swojej Dreyfuss wspomina o kilku przypadkach śmiertelnych zapalenia opon (jakiego ?), ogłoszonych w literaturze. Odpowiednie publikacje nie są nam znane (nazwiska autorów nie są tam przytoczone [Schacherel ?]

Wszystkie trzy przez nas spostrzegane przypadki zapalenia opon miały, przeciwnie, przebieg bardzo łagodny. Dowodzą one, w przeciwieństwie do Dreyfussa, że takie powikłanie, jak ostre zapalenie opon, nie może stanowić bezwzględnego przeciwskazania dla stosowania wlewań dolędźwiowych podług Gennericha, o ile przyszłość wykaże, że metoda ta daje dobre wyniki, oczyszczając płyn mózgowo-rdzeniowy i stanowiąc cenny zabieg profilaktyczny, zmniejszający możliwość powstania takich schorzeń, jak wiąd rdzenia lub porażenie postępujące.

Piśmiennictwo.

1. Gennerich. Syphilis d. Zentralnervensystems 1921. 2. Dreyfuss. Pupillenstörungen u. Liquor cerebro-spinalis 1921. 3. Fuchs. M. med. W. Nr. 8. 1922. 4. Weygand-Jacob. Klinische u. experimentalle Untersuch. bei Neosalvarsaninject. in das Zentralnervensystem 1914. (podług Pussepa). 5. Frenkiel i Leyberg. Lekarz wojskowy Nr. 5. 1922.

TEOFIL SIMCHOWICZ. Warszawa.

O odruchu nosowo-ocznym i nosowo-podbródkowym[1]).

Z zakładu neurobiologji instytutu im. Nenckiego, z oddziału Dra Flataua na Czystem i z ambulatorjum Towarzystwa Pomocy Lekarskiej.

Od kilku lat obserwuję odruch, który stale występuje u ludzi zdrowych i który w stanach patologicznych może być osłabiony, zniesiony lub wzmożony. Objaw polega na tem, że przy uderzeniu młotkiem perkusyjnym w koniec nosa występuje mniejszy lub większy skurcz mięśni okrężnych obu oczu. U niektórych ludzi skurcz ten, który nazwiemy odruchem nosowo-ocznym, jest bardzo słaby i ogranicza się do nieznacznego podniesienia dolnej powieki, u niektórych zaś kurczy się cały mięsień dolnej i górnej powieki i oko wyraźnie się przymyka. U ludzi z żywym odruchem nosowo-ocznym skurcz występuje już przy słabem uderzeniu, u ludzi z odruchem słabym trzeba dość mocno uderzyć młotkiem w koniec nosa, aby skurcz wywołać. Zazwyczaj już po kilku uderzeniach odruch nosowo-oczny wyczerpuje się i dlatego, chcąc go wywołać, nie należy uderzać raz po razie, lecz po każdem uderzeniu przeczekać kilka sekund.

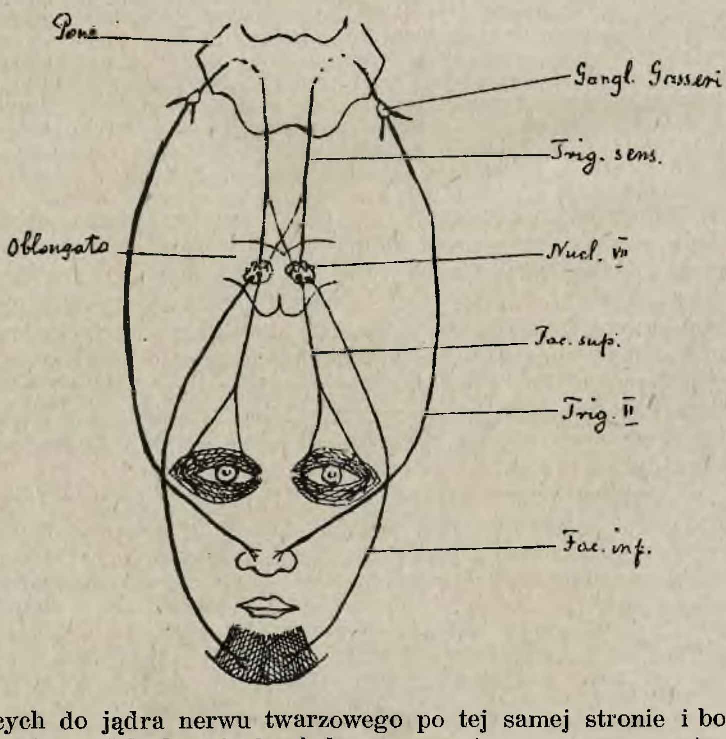
Ażeby wykluczyć obronne zaciskanie powiek, które zazwyczaj występuje wówczas, gdy w polu widzenia zjawia się nagle przedmiot nieoczekiwany, można zagrodzić oczy dłonią lub też kazać badanemu zlekka przymknąć oczy. Zresztą zaciskanie obronne powiek występuje najwyżej tylko przy pierwszych kilku uderzeniach, późniejsze uderzenia nie wywołują już tego odruchu, przeciwnie, jeżeli chory patrzy wprost na lekarza, to napina mięsień okrężny oczu i przeto osłabia często odruch, dlatego też najlepiej jest podczas wywoływania odruchu nosowo-ocznego kazać choremu spoglądać w górę. Wreszcie fakt, że odruch ten stale i wyraźnie występuje u ludzi ślepych z zupełnym zanikiem nerwów wzrokowych, również dowodzi, że nie ma on nic wspólnego z odruchem obronnym powiek.

U dzieci odruch nosowo-oczny występuje wyraźnie dopiero w 2-gim, 3-cim roku życia, u osesków zwykle nie udaje się go wywołać. W razie wzmożenia jednak odruchu występuje on wyraźnie i u osesków; taki wzmożony odruch nosowo-oczny obserwowałem u 3-tygodniowego dziecka z żółtaczką i częstemi drgawkami.

Tak samo, jak u ludzi, odruch nosowo-oczny występuje wyraźnie u psów i królików, zazwyczaj nawet u tych zwierząt bywa znacznie żywszy, niż u człowieka. U świnek morskich nie mogłem tego odruchu wywołać.

Jak się zachowuje odruch nosowo-oczny w stanach patologicznych? Jeżeli królikowi zastrzykniemy do ucha środkowego $1/2$ ccm 10% formaliny, to już po upływie 10—20 minut po stronie chorej zniknie odruch nosowo-oczny[2]). W doświadczeniach tych jednostronne zniesienie odruchu nosowo-ocznego występuje, jako pierwszy i często jedyny objaw objektywny porażenia nerwu twarzowego po stronie zastrzyknięcia i dopiero w kilka dni później stwierdza się, że królik przy ruchach dowolnych i ukłuciach marszczy tylko jedną połowę nosa. Widzimy więc, że doświadczalnie wywołane uszkodzenie jednego nerwu twarzowego wystarcza do zniesienia po tej samej stronie odruchu nosowo-ocznego. Należałoby przypuszczać, że zniesienie z jednej strony odruchu nastąpi również i po przecięciu II-giej gałązki nerwu trójdzielnego z jednej strony. Okazało się jednak, że, po jednostronnem przecięciu u królika u wyjścia z otworu podoczodołowego drugiej gałązki nerwu trójdzielnego, stwierdza się wprawdzie zupełne znieczulenie jednej połowy nosa, a jednak odruch nosowo-oczny występuje obustronnie, aczkolwiek po stronie operowanej jest słabszy. Dopiero po przecięciu drugiej gałązki nerwu trójdzielnego z obu stron, odruch nosowo-oczny znika zupełnie z obu stron. Stwierdzony doświadczalnie i, jak później zobaczymy, klinicznie fakt, że dla jednostronnego zniesienia odruchu nosowo-ocznego wystarczy uszkodzenie jednego nerwu twarzowego, nie wystarczy zaś uszkodzenie jednego nerwu trójdzielnego, dowodzi, że w moście Varol'a bocznice każdego nerwu trójdzielnego odchodzą do jąder nerwu twarzowego z obu stron, jak to ilustruje załączony schemat.

Na schemacie tym widać, że łuk odruchowy wyżej opisanego odruchu składa się z II-giej gałązki nerwu trójdzielnego, włókien ośrodkowych nerwu trójdzielnego, dochodzą-



cych do jądra nerwu twarzowego po tej samej stronie i bocznicy, odchodzącej do jądra nerwu twarzowego po stronie drugiej, następnie z jąder nerwu twarzowego, z wychodzącego z tego jądra nerwu obwodowego i jego gałązek, unerwiających mięsień okrężny oka.

Jeżeli przejdziemy teraz do obserwacji klinicznych, to okaże się, że w cierpieniach obwodowych nerwu twarzowego i trójdzielnego odruch nosowo-oczny zachowuje się u ludzi tak samo jak u królików z uszkodzonym doświadczalnie nerwem twarzowym albo trójdzielnym. We wszystkich bez wyjątku przypadkach obwodowego porażenia nerwu twarzowego—

[1]) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego 20 Maja 1922 r.

zbadałem w tym kierunku 29 przypadków — odruch nosowo-oczny po stronie porażenia jest zupełnie zniesiony. Jest to jeden z pierwszych objawów i występuje znacznie wcześniej, aniżeli zmiany elektryczne w mięśniach i w nerwie porażonym. Wraca ten odruch bardzo późno i często jest jeszcze wyraźnie osłabiony wówczas, gdy mięśnie funkcjonują już sprawnie i odczyn elektryczny jest normalny. Jest to w tym okresie jedyny objaw, który pozwala z łatwością wykryć stronę porażenia. W tych przypadkach, w których trudno jest zorjentować się, czy porażenie nerwu twarzowego jest pochodzenia obwodowego, czy też ośrodkowego, brak jednostronny odruchu nosowo-ocznego pozwala z całą pewnością rozpoznać cierpienie obwodowe, jak również zachowanie albo wzmożenie odruchu świadczy o cierpieniu ośrodkowem. W razie obwodowego porażenia jednego nerwu trójdzielnego u ludzi odruch nosowo-oczny nie znika zupełnie, jest tylko po stronie porażenia nerwu słabszy. Fakt ten stwierdziłem w przypadku nowotworu mostu V a r o l a ze zniszczeniem jednego nerwu trójdzielnego, stwierdzonym po śmierci chorego przy oględzinach mózgu. W innym przypadku u kobiety z guzem kąta mostowo-móżdżkowego, wychodzącym z lewego nerwu trójdzielnego, udało się również wykazać poza osłabieniem czucia na twarzy i zniesieniem odruchu rogówkowego homolateralne osłabienie odruchu nosowo-ocznego. W przypadkach neuralgji nerwu trójdzielnego odruch nosowo-oczny po stronie chorej często jest wzmożony.

W ośrodkowem nadjądrowem porażeniu nerwu twarzowego odruch nosowo-oczny zawsze jest zachowany, często zaś jest wzmożony po stronie porażenia, przyczem czasami kurczy się nietylko mięsień okrężny oka, lecz i mięsień, unoszący podbródek (patrz schemat). Ten objaw generalizacji odruchu nosowo-ocznego (nazwiemy go odruchem nosowo-podbródkowym) jest już poniekąd objawem patologicznym. Na 2015 zbadanych w tym kierunku zdrowych i chorych ludzi obserwowałem ten odruch tylko 89 razy, 79 razy odruch występował jednakowo z obu stron, 7 razy jednostronnie i 3 razy obustronnie, ale po jednej stronie był znacznie żywszy. U dziesięciu ostatnich chorych stwierdziłem porażenie połowicze, u 3-ch na skutek zatoru, u 4-ch na skutek krwotoku mózgowego, u 3-ch wskutek zapalenia mózgu.

O ile jednostronny albo też niejednakowy z obu stron odruch nosowo-podbródkowy obserwowałem tylko w przypadkach jednostronnego organicznego cierpienia mózgu[3]), o tyle jednakowy z obu stron odruch nosowo-podbródkowy spostrzegałem w najrozmaitszych, przeważnie jednak w organicznych cierpieniach mózgu. Z 79 chorych, u których objaw ten obserwowałem, 6-ciu znajdowało się w okresie zdrowienia po ciężkiej drętwicy karku, u 2-ch stwierdzono drętwicę karku, u 4-ch nowotwór mózgu (jedna z tych chorych przez kilka lat uchodziła za zwykłą epileptyczkę, odruch nosowo-podbródkowy wystąpił u niej znacznie wcześniej, aniżeli tarcza zastoinowa), u 10-ciu stwierdzono parkinsonizm po śpiączce nagminnej, u 2-ch chorobę Parkinsona, u 5-u stwardnienie wieloogniskowe, u 4-ch porażenie postępujące, u jednego wiąd rdzenia z porażeniem postępującem (*taboparalysis*), u 5-u stwierdzono porażenie połowicze, u 2-ch początki otępienia wczesnego, u 2-ch osłupienie katatoniczne, u 2-ch miażdżycę mózgu, u 3-ch padaczkę, u 2-ch stan manjakalny, u 3-ch stan depresyjny, u 7-iu ciężką migrenę, u 9-ciu ciężką histerję z wzmożeniem wszystkich odruchów, u 2-ch nerwicę okresu przekwitania, u 8-iu ciężką neurastenję. Odruch nosowo-podbródkowy czasami jest tylko zaznaczony, czasami zaś jest niezmiernie żywy, wówczas kurczą się i inne mięśnie podbródka i po wywołaniu odruchu widzimy jeszcze przez pewien czas falowanie mięśni podbródka. Tego rodzaju, powiedziałbym, kloniczny odruch nosowo-podbródkowy najczęściej obserwujemy w zespole Parkinsona po śpiączce nagminnej. W chorobie Parkinsona odruch nosowo-podbródkowy zazwyczaj nie występuje wcale, czasami można go wywołać, ale nigdy nie jest on tak wybitny, jak w zespole Parkinsona po śpiączce nagminnej.

Odruch nosowo-podbródkowy bada się albo przy oczach skierowanych do góry, wówczas występuje jednocześnie i odruch nosowo-oczny, albo też przy oczach zamkniętych.

Pamiętać należy, że odruch nosowo-podbródkowy wyczerpuje się jeszcze prędzej, niż odruch nosowo-oczny, po każdem uderzeniu w nos należy kilka, czasami nawet kilkanaście sekund poczekać, aż odruch wystąpi ponownie. Na to wyczerpywanie się tych odruchów chciałbym zwrócić szczególną uwagę. Jest ono ciekawe pod względem biologicznym i jak zobaczymy później, może mieć pewne praktyczne zastosowanie w klinice. Zwrócili na nie uwagę G o l d f l a m i B e c h t e r e w. G o l d f l a m obserwował wyczerpywanie się odruchów ścięgnowych w myastenji, w której występuje ono jako wyraz ogólnej apokamnozy. B e c h t e r e w spostrzegał wyczerpywanie się odruchów w wiądzie rdzenia i w zapaleniu wielu nerwów. Przed kilku laty w artykule o odruchach w chorobach zakaźnych zwróciłem również uwagę na wyczerpywanie się odruchów ścięgnowych w rozmaitych chorobach zakaźnych, ale zarówno w chorobach zakaźnych, jak i w zapaleniu wielu nerwów, idzie ono w parze z osłabieniem odruchów, tu zaś wyczerpuje się jeden odruch, który fizjologicznie występuje u każdego człowieka, i drugi odruch, który jest objawem nie osłabienia, lecz odwrotnie wzmożenia tego pierwszego odruchu. Teoretycznie owo wyczerpywanie się tłómaczyłbym w ten sposób, że odruch nosowo-oczny jest filogenetycznie bardzo stary i dla człowieka znacznie mniejsze posiada znaczenie, aniżeli dla zwierząt, które często dotykają nosem rozmaitych przedmiotów, przyczem odruch nosowo-oczny nieraz ochronić może oko od grożącego niebezpieczeństwa. Dlatego też, być może, u zwierząt odruch nosowo-oczny jest znacznie żywszy i nie wyczerpuje się tak szybko, jak u człowieka.

Jeżeli przejdziemy teraz do piśmiennictwa odruchów powiekowych, to przedewszystkiem należy stwierdzić, że już zwykłe mruganie jest odruchem z nerwu trójdzielnego na nerw twarzowy, odruchem, wywoływanym przez najlżejsze podrażnienie spojówki, rogówki i powiek. Brak mrugania, opisany przez S t e l l w a g a i najczęściej spostrzegany w chorobie Basedowa, zależy od zmniejszenia wrażliwości rogówki albo też, jak sądzi S a t t l e r, od uszkodzenia ośrodków odruchowych, które regulują odruchy pomiędzy siatkówką, spojówką i rogówką z jednej strony, ruchowym zaś aparatem powiek z drugiej.

Odruch spojówkowy i rogówkowy, wywołany przez dotknięcie spojówki i rogówki, jest również odruchem z nerwu trójdzielnego, ciekawe jest jednak, że odruch ten, zarówno jak i mruganie, często bywa przy obwodowem porażeniu nerwu twarzowego tylko osłabiony, podczas gdy odruch nosowo-oczny po stronie porażenia zwykle jest zupełnie zniesiony. Mówiąc o odruchach powiekowych, chciałbym tu zwrócić uwagę na ciekawą obserwację M i e c z y s ł a w a M i n k o w s k i e g o, który u zarodka ludzkiego długości $21^1/_2$ centymetra wywoływał przez drażnienie kąta wewnętrznego oka skurcz mięśnia okrężnego powiek, i na odruch K i s c h 'a, który wywoływał mruganie za pomocą drażnienia zewnętrznego przewodu słuchowego.

Poza odruchem spojówkowym, rogówkowym i objawem S t e l l w a g a nie posiadamy dotychczas w obrębie twarzy ani jednego odruchu, któryby miał zastososowanie w klinice. Odruch żuchwowy i odruch twarzowy F u c h s a, wywoływany za pomocą przyciskania gałki ocznej, większego znaczenia klinicznego nie posiadają, objaw twarzowy C h w o s t k a nie jest odruchem, lecz objawem, dowodzącym wzmożonej wrażliwości nerwu twarzowego. Nadoczodołowy odruch Mc C a r t h y'ego, wywoływany przez uderzenie w pień nerwu nadoczodołowego, zbliżony jest do odruchu wywoływanego przez B e c h t e r e w a za pomocą uderzenia okolicy czołowo-skroniowej i przez A g e n o r e Z e n i'ego za pomocą opukiwania okolicy nadoczodołowej. H u d o w e r n i g sądzi, że zaciskanie

---

[2]) Metody tej używa kol. Karbowski w doświadczeniach swych, mających na celu wywołanie zmian w błędniku.

[3]) Wyjątek stanowią przypadki obwodowego porażenia nerwu twarzowego u chorych, którzy wpierw już mieli obustronny odruch nosowo-podbródkowy. Taki jeden przypadek obserwowałem. Chora na ciężką histerję z obustronnym odruchem nosowo-podbródkowym dostała obwodowego porażenia lewego nerwu twarzowego. Po stronie porażenia znikły odruchy i nosowo-oczny i nosowo-podbródkowy, po stronie zdrowej obydwa odruchy pozostały żywe.

powiek przy uderzeniu w nerw nadoczodołowy albo mięsień czołowy nie jest odruchem, powstaje zaś tylko wskutek rozprzestrzenienia podrażnienia mechanicznego z jednego mięśnia i z jednego nerwu na drugi sąsiedni.

Pomijając kwestję, czy objawy opisane przez Mc Carthy'ego, Bechterewa i Agenore Zeni'ego są natury odruchowej, czy też czysto mechanicznej, powiem tylko, że odruchy wywoływane za pomocą uderzenia w nerw albo mięsień nie są analogiczne do znanych nam odruchów skórnych, okostnych i ścięgnowych, pozatem objawy, opisane przez wyżej wspomnianych autorów, dlatego nie mogą mieć zastosowania w klinice, że już u człowieka zdrowego uderzenie w prawy albo lewy nerw nadoczodołowy, w prawy albo lewy mięsień czołowy wywołuje efekt ruchowy niejednakowy z obu stron z silniejszym skurczem po stronie uderzenia. Natomiast przy wywoływaniu odruchu nosowo-ocznego skurcz mięśnia okrężnego oka jest zupełnie jednakowy z obu stron. Najmniejsza różnica występuje tutaj wyraźnie i jest jednocześnie objawem bezwzględnie patologicznym. Pozatem uderzenie w koniec nosa pozwala nam w pewnych wypadkach patologicznego wzmożenia odruchu wywołać odruch nosowo-podbródkowy, czego się nie obserwuje w odruchach Mc Carthy'ego, Bechterewa i Zeni'ego. Schultze, który poświęcił dużo uwagi odruchom twarzowym, doszedł do przekonania, że na twarzy odruchów ścięgnowych i okostnych wogóle niema. Uważa on wszelkie skurcze mięśniowe, wywoływane za pomocą perkusji w obrębie twarzy, za zwykłe mechaniczne podrażnienie mięśni. Otóż opisane tu, dwa odruchy, odruch nosowo-oczny i nosowo-podbródkowy, są bezwzględnie odruchami, czego dowiodłem na królikach doświadczalnie.

Do jakiego typu odruchów należy te odruchy zaliczyć? Wyczerpywanie się odruchów, które często spostrzegamy w odruchach skórnych, mogłoby na pierwszy rzut oka nasunąć myśl, że mamy tu do czynienia z odruchami zbliżonemi do odruchów skórnych. Przeciwko takiemu jednak przypuszczeniu przemawiają wszystkie inne cechy tych odruchów. Przedewszystkiem wywołać je można tylko za pomocą uderzenia, nie zaś za pomocą zwykłego mechanicznego podrażnienia skóry, po drugie, odruchy nosowe wywołać można u siebie samego, podczas gdy odruchów skórnych zazwyczaj nie jesteśmy w stanie u siebie wywołać, po trzecie w sprawach nadjądrowych odruch nosowooczny zawsze jest zachowany, częstokroć wzmożony, nigdy zaś zniesiony, jak odruchy skórne. Nie ulega więc wątpliwości, że odruchy nosowe są odruchami głębokiemi o typie rdzeniowym. Strümpell i Erb sądzą, że odruch powstający przy uderzeniu w kość zostaje właściwie wywołany z tkanki łącznej przylegającej do kości (okostna, powięź). Strümpell pierwszy mówi o odruchach okostnych. Waller i Gowers kwestjonowali istnienie odruchów okostnych i uważali odruchy te za objawy zwykłego rozprzestrzenienia wstrząsu z okostnej na mięśnie. Dzisiaj nikt już o istnieniu odruchów okostnych nie wątpi. Jendrassik i Schreiber wywoływali u zwierząt przez uderzanie w obnażone otoczki stawów i chrząstki stawowe skurcz mięśni, skurcz ten nazywali oni odruchem stawowym. U człowieka dotychczas nieznane były odruchy, wywoływane przez uderzenie w chrząstkę; odruchy nosowe są pierwszym przykładem odruchów ochrzęstnych. Odruchy, te są zupełnie analogiczne do odruchów okostnych; najlepszym dowodem tego jest fakt, że odruchy te, zwłaszcza odruch górny, nosowooczny, wywołać można nietylko z końca i z obu skrzydeł nosa, ale również i z kości nosowej aż do gładzizny; wówczas odruch ochrzęstny staje się już odruchem okostnym.

Czy odruch nosowooczny można uważać za objaw stały, fizjologiczny? Na 2015 zdrowych i chorych ludzi brak obustronny odruchu stwierdziłem tylko 11 razy, a mianowicie u chorego na ciężką posocznicę meningokokową ze zniesieniem wszystkich odruchów ścięgnowych, u 2-ch chorych na wiąd rdzenia, (w 12-tu innych przypadkach wiądu rdzenia odruch był zachowany) u jednej chorej na przymiot mózgu, u jednej chorej po ataku apoplektycznym. (chora była przytomna, miała prawostronne porażenie połowicze z afazją ruchową; źrenice reagowały, odruchy kolanowe były słabe; odruch nosowooczny wrócił dopiero następnego dnia po ataku), u 3-ch chorych w stanie agonji oraz u 3-ch chorych po atakach padaczkowych. Na te trzy ostatnie przypadki chciałbym zwrócić szczególną uwagę. Pierwszy przypadek dotyczył ośmioletniej dziewczynki, chorej na padaczkę. Obserwowałem ją w przeciągu trzech dni. Pierwszego dnia miała żywy odruch nosowooczny, drugiego dnia badałem ją po szeregu ataków padaczkowych, w godzinę po ostatnim napadzie. Chora była senna aczkolwiek zupełnie przytomna, odruchy źreniczne były zachowane, kolanowe i ze ścięgna Achillesa żywe; odruch nosowooczny był zupełnie zniesiony, następnego dnia odruch nosowo-oczny łatwo można było u niej wywołać. Drugi przypadek dotyczył 10-cio letniego chłopca, u którego stwierdziłem zapalenie mózgu po wietrznej ospie. Podczas badania miał żywy odruch nosowo-oczny i wyraźny odruch nosowo-podbródkowy. W kilka minut po badaniu chory dostał ataku padaczkowego. Po ataku natychmiast wróciły odruchy źreniczne, odruchy ścięgnowe i skórne były żywe, odruch nosowo-oczny i nosowo-podbródkowy znikł zupełnie. Obserwowałem chorego jeszcze w przeciągu pół godziny, odruchy nosowe przez ten czas nie wróciły. 3-ci chory w kwadrans po ataku padaczkowym nie miał odruchu nosowo-ocznego. W 45 min. po ataku odruch można było wywołać [4]).

Teoretycznie można zrozumieć, że odruch, który wyczerpuje się już po kilku uderzeniach młotkiem, wyczerpywać się może na czas dłuższy po ataku epileptycznym, aczkolwiek geneza wyczerpywania się odruchów w stanie normalnym i patologicznym nie jest jeszcze wyjaśniona. Oczywiście nie można wyciągać wniosków z trzech tylko obserwacyj. Gdyby jednak sprawdziło się, że odruch nosowooczny znika na pewien czas po atakach epileptycznych, miałoby to dość duże znaczenie praktyczne zwłaszcza w praktyce wojskowo-lekarskiej, dotychczas bowiem nie łatwo jest odróżnić epileptyka od symulanta, zanim bowiem lekarz wezwany podczas ataku przychodzi na oddział, atak mija, odruchy źreniczne wracają, i niema żadnych dowodów objektywnych, że miał tu miejsce atak epileptyczny. Dla sprawdzenia opisanego tu objawu wywołałem u królika za pomocą wstrzyknięcia kamfory stan padaczkowy (*status epilepticus*). Królik co 5—10 minut dostawał ataku drgawek. Między atakami odruchy źreniczne wracały, kolanowe były bardzo żywe, odruch nosowo-oczny był zniesiony. Nadmienić muszę, że miałem sposobność obserwować chorą z żywym odruchem nosowo-ocznym, u której podczas ataku histerycznego z drgawkami mięśni twarzowych odruchu nosowo-ocznego nie mogłem wywołać, natychmiast jednak po przejściu ataku odruch wrócił i był nawet bardzo żywy, u drugiej chorej udało mi się podczas ciężkiego ataku histerycznego wywołać odruch nosowo-oczny.

Reasumując wyniki badań dotychczasowych, powiedzieć możemy, co następuje. Odruchy nosowe, oczny i podbródkowy, są odruchami ochrzęstnemi, ewentualnie okostnemi, odrębną cechą tych odruchów stanowi ich wyczerpywanie się na czas krótki po kilku uderzeniach, po ataku zaś padaczkowym i apoplektycznym mogą się wyczerpywać na czas dłuższy. Odruch nosowo-oczny jest odruchem stałym, fizjologicznym, odruch nosowo-podbródkowy jest objawem wzmożenia, generalizacji tego odruchu.

Jednostronne zniesienie odruchu nosowo-ocznego świadczy o porażeniu obwodowem jednego nerwu twarzowego. Porażenie jednego nerwu trójdzielnego na skutek podwójnego unerwienia wywołuje tylko osłabienie odruchu po tej samej stronie.

Wzmożenie jednostronne odruchu nosowo-ocznego zależeć może od neuralgji nerwu trójdzielnego, albo też od ośrodkowego nadjądrowego porażenia nerwu twarzowego.

W razie wzmożenia odruchu nosowo-ocznego niezbyt rzadko spostrzegamy jednocześnie odruch nosowo-podbród-

[4]) Podczas narkozy odruch nosowo-oczny zarówno u człowieka jak i u królika znika wcześniej, aniżeli odruch ze spojówki i rogówki, po obudzeniu się po operacji odruch ten wraca później, niż odruch spojówkowy i rogówkowy.

kowy, polegający na skurczu mięśnia, unoszącego podbródek. Jednostronny odruch nosowo-podbródkowy występuje zazwyczaj wespół z porażeniem połowiczem tylko w organicznych jednostronnych cierpieniach mózgu, obustronny odruch nosowo-podbródkowy niezbyt rzadko występuje w nerwicach i chorobach umysłowych, najczęściej jednak odruch ten obserwujemy w cierpieniach organicznych mózgu.

Dalsze badania kliniczne nad opisanemi tu odruchami są w biegu, tutaj chciałem tylko w krótkim zarysie podać wyniki badań dotychczasowych.

W semjologji chorób nerwowych największe znaczenie rozpoznawcze posiadają dotychczas odruchy w kończynach dolnych, mniejszą wartość rozpoznawczą mają odruchy w kończynach górnych, jeszcze mniejszą odruchy na tułowiu z wyjątkiem brzusznych, na twarzy zaś nie posiadamy dotąd, z wyjątkiem odruchu rogówkowego, żadnego objawu z dziedziny odruchów czystych, któryby świadczył o zachorzeniu bądź neuronu obwodowego, bądź ośrodkowego. Odruchy, opisane powyżej, mogą się okazać pomocnemi w tym właśnie kierunku.

Piśmiennictwo:

1. Bechterew. Ueber die Reflexe im Antlitz und Kopfgebiete. Neurolog. Centralblatt 1901. — 2. Bechterew. Ueber Ermüdung der Sehnenreflexe. Neur. Centr. 1902. — 3. Dejerine. Sémiologie du systéme nerveux. 1901. — 4. Erb. Ueber Sehnenreflexe bei Gesunden und Rückenmarkskranken. Arch. f. Psych. Bd. V. — 5. Fuchs. Ein Reflex im Gesichte (Neur. Centralbl. 1904). — 6. Goldflam. Weiteres über die asthenische Lähmung. Neur. Centr. 1902. — Gowers. A study of the so-called tendon-reflex phenomena (Ref. w Virchow-Hirsch'a Jahresber. 1879). — 8. Gowers. Diagnostik der Rückenmarkskrankh. Wien 1886. — 9. Hudovernig. Zur Frage des Supraorbitalreflexes. Neur. Centr. bl. 1901. — 10. Jendrassik. Beiträge zur Lehre von den Sehnenreflexen. (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. XXXIII). — 11. Kisch. Ueber den Ohr-Lidschlagreflex. Pflügers Archiv f. die g. Physiol. 1918. — 12. Lewandowsky. Experimentelle Physiologie des Rückenmarks und Hirnstammes. (Lewandowsky, Handbuch der Neurologie 1910).— 13. Lewandowsky. Die Funktionen des zentralen Nervensystems. 1907. — 14. Lewandowsky. Die Störungen der Reflexe (Lewandowsky, Handbuch der Neurologie 1910). — 15. Mc Carthy. Der Supraorbitalreflex. Neurolog. Centralblatt 1901. — 17. Minkowski. Sur les mouvements, les réflexes et les réactions musculaires du foetus humain. Revue Neurologique 1922. — 17. Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. — 18. Prévost et Waller. Nouvelles expériences sur les phenomènes nommées réflexes tendineux 1881 (ref. w Centralbl. f. d. Med. Wissenschaft 1881). — 19. Simchowicz. O wyczerpalności odruchów ścięgnowych i o odruchach wrzekomo klonicznych w chorobach zakaźnych. (Gazeta Lekarska 1919). — 20 Schreiber. Experimentelle Untersuchungen über das Kniephänomen (Arch. f. exper. Pathol. und Pharmakol. T. 18). — 21. Schultze. Ueber Tetanie und die mechanische Erregbarkeit der peripheren Nervenstämme (Deut. med. Woch. 1882). — 22. Sternberg. Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems. 1893. — 23. Strümpell. Zur Kenntnis der Sehnenreflexe. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. 24. — 24. Wilbrand und Saenger. Die Neurologie des Auges. Bd. I. 1900. — 25. Agenore Zeni. Du réflexe trigemino-facial. (Ref. w Revue Neurologique 1906).

Sprawozdania poglądowe.

Doc. Dr. HENRYK SOCHAŃSKI, asystent kliniki. Lwów.

Choroby narządu oddechowego a układ nerwowy.*)

Z Kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Między komórkami ustroju i ich grupami, tworzącemi narządy, musi panować pewna równowaga konieczna dla prawidłowego toku życia całego organizmu. Warunek ten może być spełniony jedynie drogą wzajemnego uzależnienia się ich czynności. Jest ono możliwe dwojaką drogą: 1) chemiczną i 2) nerwową.

Samodzielność komórek zwierzęcych nie jest tak dużą, jak roślinnych, a wobec konieczności wykonywania bardzo nieraz złożonych i szybkich czynności, nieodzowną jest obecność skomplikowanego aparatu regulującego czynności składników ustroju w sposób umożliwiający normalny tok jego czynności. Tym aparatem jest układ nerwowy. Każdy narząd kierowany jest przez odpowiednie ośrodki nerwowe, wpływające na jego sprawność i odżywianie się. Bodźce dośrodkowe z narządu i z innych części ustroju, dostające się do układu nerwowego, modyfikują jego czynności, przystosowując je do potrzeb organizmu. Rzecz jasna, że wielka ilość czynności ustroju, wzajemna ich zależność i panująca między niemi równowaga zostaje zaburzona, jeżeli któryś z narządów lub kierujących nim aparatów nerwowych ulegnie schorzeniu. Występuje szereg czynności wyrównawczych, starających się przywrócić zwichniętą równowagę, ale przytem zostaje, dzięki wzajemnej łączności nerwowej między poszczególnemi narządami, wywołany szereg czynności nie całkiem potrzebnych dla ratowania ustroju, czynności, które obraz chorobowy czynią więcej powikłanym, aniżeli odpowiada to zmianie organicznej. Te dodatkowe objawy zależne są w wysokim stopniu od osobniczych właściwości ustroju, a zwłaszcza układu nerwowego, i dlatego niema prawie dwóch ludzi, u których przy takiej samej chorobie możnaby znaleźć całkiem podobny zespół objawów. Osobniki nerwowe obfitują nieraz w taki nadmiar objawów dodatkowych, że właściwa przyczyna schorzenia jest w zupełności ukrytą dla badacza a cały obraz bywa określany, jako nerwica, a więc *morbus sine materia* dawnych lekarzy, choć powinna zwać się *morbus e causa ignota*. W innych znów przypadkach ma się do czynienia z ludźmi tak dziwnie nieczułymi, iż poważne nawet schorzenia przebiegają u nich bez większych podmiotowych dolegliwości i mogą być przez nich bagatelizowane, póki jakieś ciężkie powikłanie nie zwróci uwagi na powagę cierpienia, niestety nieraz już zapóźno.

Słowem stajemy tu przed zjawiskami, których nam pominąć nie wolno.

Celem niniejszej pracy jest zwrócić uwagę na rolę układu nerwowego przy chorobach narządu oddechowego, oraz wpływ tegoż układu na symptomatologję wspomnianych schorzeń. W tekście głównym poruszam zasadnicze punkty tematu, szczegóły zaś zamieszczam w przypiskach.

I.

Znaną jest powszechnie rzeczą, że lwia część chorób narządu oddechowego bywa uważana za następstwo przeziębienia. Przeziębienie ma bowiem stwarzać warunki, udogodniające rozwój chorobotwórczych drobnoustrojów, będących właściwą, przez niektórych wyłącznie uznawaną, przyczyną schorzeń zapalnych narządu oddechowego. Na czem polega wpływ przeziębienia na ustrój, tego dostatecznie jeszcze nie wyświetlono. Klasyczne doświadczenia Rossbacha starają się to wyjaśnić. Badacz ten oziębiał silnie skórę brzucha kotów zapomocą lodu a równocześnie obserwował zachowanie się błony śluzowej tchawicy odsłoniętej przez poprzednio dokonaną tracheotomję. Już w pół minuty po oziębieniu występowała silna bladość błony śluzowej (skurcz naczyń) i trwała do 2 minut, poczem pojawiało się znaczne zaczerwienienie i obfite wydzielanie śluzu (wyraźne już w 3 minuty po zadziałaniu zimna na skórę). Jeżeli na miejsce oziębiane działało poprzednio ciepło (kataplazmy), był odczyn ze strony błony śluzowej dużo energiczniejszy.

Kisskalt[1]) uważa przeziębienie za następstwo przekrwienia narządów wewnętrznych, będącego równoczesnem zjawiskiem ze skurczem naczyń skórnych wywołanym przez zimno. Narządy czynnie przekrwione i stąd bogatsze w tlen stają się, zdaniem wspomnianego autora, korzystniejszem środowiskiem dla rozwoju bakteryj chorobotwórczych. Bez względu na to, z którym z badaczy się zgodzimy, możemy stwierdzić, że drogą, którą wywołane bywają naczynioruchowe zmiany w narządzie oddechowym po zadrażnieniu skóry przez bodźce cieplne, jest zawsze droga nerwowa. Ludzie, mający pobudliwszy system nerwowy, kierujący wspomnianą czynnością, są często podatniejsi do schorzeń narządu oddechowego. Często widzi się skłonność do przeziębień u ludzi ze znaczną naczynioruchową pobudliwością. Co do mnie to na 1000 takich pobudliwych osobników miałem sposobność stwierdzić wybitną skłonność do przeziębień w 685 przypadkach.

Przekrwienie i nadmierne wydzielanie błon śluzowych dróg oddechowych zdarza się jednak nieraz, niepozostawiając szkodliwych następstw dla zdrowia. Znamy ludzi, którzy po każdem oziębieniu rąk lub nóg mają silny wypływ z nosa

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lek. lwow. dnia 8. lipca 1921 roku.

[1]) V.: Münch. med. Wochenschrift. 1900. 4.

bez następowego nieżytu. Widziałem ludzi, u których pojawiał się wypływ stale odruchowo w następstwie innych bodźców dośrodkowych, dowodząc tem swej nerwowej przyrody. Jeden z ambulantów kliniki opowiadał n. p., że zapach konwalji wywołuje u niego momentalnie silny wypływ z nosa, u innego występował podobny objaw pod wpływem silnego światła, inny wreszcie podawał za przyczynę silne wrażenia słuchowe, dodając, że pod wpływem wspomnianych bodźców doznaje znacznego utrudnienia oddechania przez nos (jakby w następstwie obrzęku błony śluzowej muszli nosowych).

Dlaczego w podobnych przypadkach nie przychodzi zawsze do zapaleń, na to odpowiedź łatwa. Przekrwienie, o ile występuje razem z nadmiernem wydzielaniem, stwarza dogodne warunki rozwoju jedynie dla tych drobnoustrojów, przeciw którym w danej chwili ustrój nie jest uodporniony [2]). Przebycie n. p. silnego nieżytu nosa wywołuje kilkotygodniową, nie dającą się zaprzeczyć odporność, w czasie której najsilniejsze zmiany naczynioruchowe w nosie nie doprowadzają do nieżytu. Skoro odporność ustąpi, uzyskuje przeziębienie dawne swe znaczenie. Podnoszone zarzuty przeciw przeziębieniu nie uwzględniają zwykle chwilowego stanu ustroju [3]) badanego osobnika i stąd są nieraz niesłuszne. W jednym przypadku bowiem może niedostrzegalna prawie gra nerwów naczynioruchowych i zmiana w czynności wydzielniczej błony śluzowej dróg oddechowych przyczynić się pośrednio do powstania zapalenia, w drugim natomiast dużo silniejsze bodźce mogą pozostać bez wszelkich widocznych następstw. Sprawy wpływu stanu psychicznego na tok wspomnianych odruchowych czynności naczynioruchowych i wydzielniczych bliżej nie poruszam, gdyż zbyt mało jest zbadaną, ale niektóre przypadki zdają się przemawiać nieraz za istnieniem nawet i tu jakiejś wzajemnej łączności. Wiadomo, że afekty podniecające upośledzają czułość skóry na bodźce zewnętrzne, ubezwładniające zaś przeważnie wzmagają. Tosamo mniejwięcej można odnieść i do psychoz. Ponieważ od czułości skóry na bodźce cieplne zależy siła naczynioruchowego odruchu, można stąd przypisać sferze psychicznej, wpływającej na czułość skóry, pewną rolę w patologji narządu oddechowego [4]).

II.

Bardzo ważnym objawem spraw chorobowych narządu oddechowego jest zmiana częstości oddechów. Jest ona całkiem zrozumiałą ze względu na ważność tej czynności dla ludzkiego ustroju. Jeżeli z jakiegokolwiek powodu zmniejszy się powierzchnia oddechowa i nie może odpowiednio odbywać się wymiana gazów w płucach, ilość tlenu w ustroju staje się niedostateczną dla procesów życiowych, powstaje szereg substancyj, wywołanych niedotlenieniem; ilość CO_2 przekracza to quantum, jakie może być związane z białkową częścią hemoglobiny, nastaje acidoza i cały szereg okoliczności, wywołujących w rezultacie pobudzenie ośrodków oddechowych do żywszej czynności. Ośrodki wdechowe oddziaływują głównie na brak tlenu, wydechowe na nadmiar CO_2; wobec reszty czynników oddziaływują ośrodki oddechowe jako całość bez wybitniejszego zaakcentowania czynności poszczególnych swych części. Zmniejszenie powierzchni oddechowej wywołane być może przez najrozmaitsze czynniki, upośledzające czynność płuc, jak zwężenia dróg oddechowych, choroby miąższu płucnego, schorzenia opłucnej (nagromadzenie się płynu w jamie opłucnowej, zrosty, nowotwory), ucisk płuc przez guzy śródpiersia, wysięki lub przesięki w jamach opłucnowych lub worku osierdziowym, zniekształcenie klatki piersiowej (*kypho-coliosis*), wyparcie przepony ku górze (wzdęcie, puchlina brzuszna, wysięki w jamie brzusznej, guzy brzucha, ciąża w ostatnich miesiącach i tp.). Równoznaczne z niem są zaburzenia, które, mimo prawidłowej powierzchni oddechowej, upośledzają wymianę gazów, bądź to przez zaburzenia w krążeniu płucnem (choroby serca), bądź to przez zmniejszenie się ilości hemoglobiny we krwi, bądź wreszcie przez wytworzenie nadmiaru nieobojętnych dla ustroju substancyj, wymagających tlenu dla swego utleniania i unieszkodliwienia (acidozy, gorączka, forsowna praca). Im prędzej nastaną wymienione zaburzenia, tem silniej odczuwa je ustrój, tem silniej musi pobudzić czynności wyrównawcze, tem większa nastaje duszność [5]) i zmiana częstości oddechów [6]) polegającą zazwyczaj na ich przyspieszeniu (zwężenie drobniutkich oskrzeli, obliteracya nielicznych grubszych, zmiany obustronne w płucach wywołane zapaleniem lub innemi sprawami chorobowemi, zaburzenia w krążeniu płucnem, gorączka i to w różnym stopniu zależnie od przyczyny) a rzadziej na zwolnieniu ale pogłębieniu (niekiedy przy jednostronnych sprawach płucnych, przy zwężeniu górnych dróg oddechowych (krtań, tchawica, rzadziej większe oskrzele), przy sprawach w oskrzelach średniego kalibru, przy rozedmie płuc i to w pewnych okresach choroby, często przy dychawicy oskrzelowej). [S a h l i]. Czynniki, o których dotychczas pokrótce wspomniałem, nie wyczerpują jednak wszystkiego w odniesieniu do wpływów, mogących zmienić częstość oddychania. Pozostają jeszcze wpływy nerwowe, które u niektórych osobników należą do nader ważnych. One to mogą zmieniać rytm oddechu, jego szybkość i głębokość, wpływać tem samem na cały obraz kliniczny w przypadkach chorób płucnych u osób nerwowych. Zależność częstości oddychania od stanów psychicznych objawia się różnie. Afekty ubezwładniające zwalniają oddychanie i czynią je czasem tak niewystarczającem do prawidłowej wymiany gazów, że od czasu do czasu konieczne są głębsze oddechy, t. zw. westchnienia, afekty podniecające działają przeciwnie. Czasami widuje się przyspieszenie lub zwolnienie oddychania zależne od stanów psychicznych a nie towarzyszące widocznym na zewnątrz afektom, choć bez wątpienia te ostatnie wtedy istnieją, ale nie w całkiem rozwiniętej postaci, Bardzo często jest wpływ ten tak znaczny, że chcąc wyciągać realne wnioski, trzeba liczyć oddechy tylko wtedy, kiedy chory śpi, a temsamem wyżej wspomniane wpływy stają się minimalne. Sen z natury rzeczy zwalnia nieco oddychanie, wywołuje czasem zmiany w jego rytmie, ale mimo to nadaje się do badania ścisłego, bo usuwa olbrzymią ilość wpływów nerwowych, które na jawie czynią badanie przedmiotowe całkiem nieścisłem. To, co powiedziano, dotyczy tylko pewnych nader wrażliwych osobników i w przeważnej liczbie przypadków nie jesteśmy zmuszeni uciekać się do takich sposobów. Że jednak tak jest w istocie, dowodzi tego jeden z przypadków przezemnie spostrzeganych, w którym chory zgłosił się do badania z powodu wrzekomej choroby płuc. Mimo ujemnego wyniku badania zwracało uwagę bardzo znaczne przyspieszenie oddychania. W czasie snu stwier-

---

[2]) Drobnoustroje, znajdujące w narządzie oddechowym dobre chemiczne podłoże dla rozwoju, spowodowane brakiem swoistych substancyj bakterjobójczych przeciw nim zwróconych, mnożą się tem łatwiej, im słabszą jest czynność przybłonka migawkowego, a ta zostaje, jak wiadomo, przez hypersekrecję śluzu wybitnie zmniejszoną (Engelmann). Same zjawiska biologiczne związane z odpornością, lubo wcale dokładnie co do swych przejawów poznane, ale dopiero w ostatnich czasach w znacznej części zaliczone do chemicznych, nie są zależne od układu nerwowego. Wpływa on na nie najprawdopodobniej głównie drogą pośrednią przez łączność ze systemem gruczołów dokrewnych.

[3]) Chwilowy stan ustroju należy odróżnić od stałych konstytucjonalnych właściwości narządu oddechowego, warunkujących skłonność jego do spraw chorobowych. Ludzie, u których w czasie rozwoju przeważała czynność tarczycy, są wrażliwi, wątli, mało odporni na infekcje, naczynioruchowo pobudliwi, mają słabo rozwinięty układ krwionośny i erytroblastyczny a stosunkowe duże płuca. Płuca te z natury rzeczy gorzej odżywione, nie opierają się skutecznie wtargnięciu drobnoustrojów zwłaszcza gruźliczych a ułatwia to jeszcze dobrze rozwinięty, ale mało odporny aparat chłonny podniecany do rozwoju przez grasicę (Park) wtórnie przez tarczycę pobudzoną do wydzielania. Naczynioruchowa pobudliwość takich osobników jest nader znaczna a to ułatwia działanie wpływów termicznych na narząd oddechowy.

[4]) Zależność schorzeń narządu oddechowego od sfery psychicznej stwierdził Koths na szeregu przypadków.

[5]) S a h l i odróżnia duszność przedmiotową i podmiotową. Miarą sprawności urządzeń wyrównawczych jest to, czy płucnemu schorzeniu towarzyszy sinica, czy nie. Podmiotowe odczuwanie braku powietrza nie zawsze idzie w parze z przedmiotową dusznością. (Lehrb. d. kl. Untersuchungmethoden 1909).

[6]) Niezwykłe przyspieszenie oddychania i duszność przy gruźlicy prosówkowej płuc spowodowane są po części zadrażnieniem zakończeń nerwu błędnego w płucach. To samo wywołuje nagłe rozsiane ognisk nowotworowych w płucach.

dzono jednak u badanego 16 oddechów, a więc liczbę prawidłową. Kiedy chory o tem się dowiedział, kiedy nadto dalsze ścisłe badania wykluczyły kategorycznie wszelkie cierpienia narządu oddechowego, uspokoiło to chorego w zupełności, ilość oddechów stała się prawidłową i taką pozostaje do chwili obecnej. Przyczyną cierpienia był stan rozdrażnienia, wywołany śmiercią jednego z bliskich chorego w następstwie choroby płucnej. Chory pozostawał pod wrażeniem tego faktu a to wpłynęło na niezwykłe przyspieszenie oddychania.

Jeżeli sam bodziec nerwowy zdoła u człowieka zdrowego tak wpłynąć na oddychanie, to ileż takich możliwości istnieje w stanach patologicznych płuc, które już same przez się zwracają uwagę chorego na narząd oddechowy i mogą odpowiednio modyfikować objawy tych schorzeń. Nie chcę przez to powiedzieć, jakobyśmy mieli wogóle objawy chorobowe kłaść na karb stanów nerwowych, nie należy nigdy skarg chorego bagatelizować i uważać za wymyślone, ale trzeba zawsze wiedzieć, że każdy zespół objawów, zwłaszcza u ludzi nerwowych, zawiera w sobie składowe wtórne, powstałe na tle nerwowem, które należy umieć oddzielić od objawów, wywołanych przez sprawę anatomiczną w narządzie oddechowym.

III.

Chorobom narządu oddechowego towarzyszy szereg czynności odruchowych, mających na celu usuwać z dróg oddechowych gromadzące się w nich wydzieliny. Powszechnie znanemi odruchami tego typu są kaszel i kichanie. Ośrodki ich mieszczą się w rdzeniu przedłużonym na dnie komory IV w pobliżu głównego ośrodka oddechowego. Centrum kaszlowe było dokładniej badane, aniżeli wyżej nieco położony ośrodek dla aktu kichania. Z ośrodkiem oddechowym są one w blizkim związku, boć do wspomnianych czynności funkcja tego ośrodka jest niezbędną. Bodźce dośrodkowe dla aktu kichania dostają się z błony śluzowej nosa drogą nerwu trójdzielnego do układu nerwowego i wtedy są zrozumiałe jako punkt wyjścia dla odruchu, mającego na celu oczyścić jamę nosową z gromadzących się w niej wydzielin. Znamy jednak punkty wyjścia dla wspomnianego odruchu, niedające go wtedy określić jako urządzenie celowe. Zdarza się bowiem niekiedy, iż wspomniany odruch powstaje na skutek podniet niewychodzących z jamy nosowej. Wiadomo, że pewne osobniki kichają, jeśli zobaczą silne światło, widziano przypadki, w których pewne wrażliwe osoby oddziaływały napadowem kichaniem na pewne bodźce, wychodzące z przewodu pokarmowego przy obecności w nim czerwi jelitowych; istnieją ludzie, u których kaszel i kichanie nawzajem się wywołują, a stąd po każdym akcie kaszlowym pojawia się napadowe kichanie mimo braku jakichkolwiek zmian w nosie; pamiętam wreszcie człowieka, który kichał po usłyszeniu bardzo wysokich tonów.

Są to wszystko następstwa najrozmaitszych osobniczych cech układu nerwowego u poszczególnych ludzi. U ludzi tych pojawia się objaw właściwy zadrażnieniu błony śluzowej nosa mimo że takie zadrażnienie nie istnieje. Podobnie ma się rzecz i z kaszlem. Punktem jego wyjścia jest głównie narząd oddechowy, ale w szczególności dotyczy to krtani (zwłaszcza okolicy międzynalewkowej [N o t h n a g e l]), tchawicy (zwł. okolicy rozgałęzienia) i oskrzeli szczególnie grubszych (L o n g e t, S c h i f f, K o t h s, S t ö r k, E x n e r, P i e n i ą ż e k), zawsze zjawia się też kaszel po zadrażnieniu opłucnej, zwłaszcza ściennej (K o t h s). Prócz tych uprzywilejowanych miejsc istnieją i inne, opisywane jako punt wyjścia wspomnianego odruchu, widziano go bowiem przy podrażnieniu zewnętrznego ucha (Q u i n c k e), gardzieli (K o t h s, W o l f r a m), korzenia języka, pewnych części przełyku (K o t h s), przy ucisku na nerw błędny (K r i m e r) a u niektórych ludzi i po zadrażnieniu otrzewnej, pokrywającej narządy jamy brzusznej (wątroba, śledziona). Wymienianie wszystkich miejsc, będących punktem wyjścia kaszlu, przekracza ramy niniejszej pracy. Jeżeli chodzi o celowość tego odruchu, to można o niej mówić jedynie przy podrażnieniu dróg oddechowych, gdyż tylko wtedy ułatwia on oczyszczenie tych dróg z nagromadzonych wydzielin — w innych razuch jest on tylko objawem, świadczącym o zadrażnieniu pewnych części organizmu, z których dochodzą bodźce dośrodkowe do centrum kaszlowego. Na czynność wspomnianego ośrodka nie są bez wpływu i najwyższe ośrodki nerwowe, umieszczone w korze mózgowej. Warunkują one zależność kaszlu od stanów psychicznych (wzmaganie się kaszlu u ludzi, którym zależy na tem, aby w danej chwili nie kaszleć, a nawet są czasem powstawania t. zw. kaszlu nerwowego, jaki się często spotyka u osobników wrażliwych w chwili znacznego zdenerwowania (n. p. u kandydatów przed egzaminem), mimo iż brak wtedy właściwych bodźców dośrodkowych z miejsc, będących zwykle punktem wyjścia kaszlu.

Kaszel i kichanie są powszechnie znanemi odruchami, wychodzącymi z dróg oddechowych, ale nie są bynajmniej odosobnionymi.

Istnieje przecież cały szereg celowych czynności poznanych w ostatnich czasach a mającysh zadanie bodaj czy nie ważniejsze od poprzednich. Mam tu na myśli tak zwany przez E i n t h o v e n a ruch robaczkowy drobnych oskrzeli, mający za zadanie przesuwać ich zawartość ku większym oskrzelom (G e r l a c h, L e b e r t) i oczyszczać tym sposobem najdrobniejsze przewody oddechowe, a więc miejsca, z których drogą kaszlu nic nie dałoby się usunąć. Oskrzela są doskonale unerwione (D i x o n, R a n s o m, B u d d e) mając w swoich ścianach ośrodki automatyczne, uniezależniające ich ważną pracę od tak wielu wpływów, jakim podlegają ośrodki wyższe w rodzaju kaszlowego.

Wiemy dziś, że, jak wykazał S a n d m a n n, istnieją w samych płucach mięśnie gładkie i że poprzednio wymienieni badacze uzależnili ich czynność od automatycznych ośrodków, które jeszcze w 1881 roku opisał K o n d r a c k i z pracowni D o g i e l a. Ośrodki te rozmieszczone są w całych płucach, w tkance międzypęcherzykowej i podopłucnowej, zawierają liczne komórki nerwowe i mają łączność z gałązkami nerwu błędnego do płuc dochodzącemi. Ośrodki płucne są po części właściwemi ośrodkami płuc, a częścią należą do naczyń i oskrzeli. Komórki ich przedstawiają kilka typów mniej dokładnie scharakteryzowanych, jak typy komórkowe w zwojach nerwowych serca (T h o r e l). Zwoje płucne mają swój automatyzm, a przytem wchodzą w kontakt z nerwem błędnym, którego włókna do płuc się dostają. Włókna współczulne (z rdz. piersiowego wzgl. I—V zwoju współczulnego piersiowego) dochodzą wprost do mięśni rozszerzających oszkrzela i do naczyń płucnych. Widzimy stąd, jak skomplikowany jest aparat regulujący czynność narządu oddechowego, o ile prościej wyobrażano go sobie dawniej (teorja regulacyjna H e r i n g a i B r a u e r a) i jak niesłusznem byłoby nie uwzględniać możliwości udziału jego w schorzeniach organu oddechowego [7]). Jeżeli do tego dodamy prawdopodobną zależność ruchu migawkowego dróg oddechowych od układu nerwowego [8]), różną wrażliwość ośrodków oddechowych, rozmieszczonychw wielu miejscach układu nerwowego, najrozmaitsze mniej ogółowi lekarzy znane odruchy, mogące wpływać na wynik przedmiotowego badania narządu oddechowego (jak np. odruch A b r a m s a lub odruchy visceromotoryczne M a c k e n z i e g o), najrozmaitsze naczynioruchowe objawy zwrotne wpływające na stan narządu oddechowego, zrozumiemy łatwo, że przy pominięciu wpływów nerwowych nie możemy wyrobić sobie poglądu na sprawę

[7]) Badania ośrodków obwodowych w narządach podczas ich schorzeń stwierdziły dotychczas zawsze wybitny ich udział w sprawie chorobowej (Amato, Macri, Loeper, Michajłow).

[8]) Zdaniem Eimera i Apathyego dochodzą zakończenia nerwowe do wnętrza komórek migawkowych i kierują ich czynnością. Ze względu na pewien wpływ pobudzający niektórych wagotonicznych środków wyksztuśnych na czynność migawek, możnaby układowi para-sympatycznemu przypisać wpływ podniecający w tym wypadku. Sprawa ta nie została jednak dotychczas dostatecznie wyświetloną. W związku z omawianą kwestią nie można nie wspemnieć o wynikach badań Apathyego dowodzących histologicznej łączności wzajemnej komórek układu nerwowego. Podobna łączność daje się przypuszczalnie odnieść w pewnym stopniu i do stosunku elementów nerwowych do zależnej od nich reszty komórek ustroju. Poglądy Corneliusa (Allg. D. Centrał. Ztg. 1906. 36) na istnienie t. zw. nerwowego obiegu są zrozumiałe tylko w Związku z badaniami Apathyego.

chorobową. Dodajmy jeszcze do tego najrozmaitsze oddziaływanie ludzi na wrażenia czuciowe, wychodzące z chorego narządu, najrozmaitsze stąd zjawiska wtórne, możliwość t. zw. odruchów względnych (pośrednich) a będziemy mieli całokształt wielopostaciowości zespołów objawowych przy identycznych zmianach organicznych w narządzie oddechowym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

A. C. Guillaume. **Le sympathique et les systèmes associés. Masson et Cie 1921.** W monografji, obejmującej około 400 stronic druku, autor stara się dać nam koncepcję splotu czynności życiowych organizmu ludzkiego w zależności od t. zw. układu sympatycznego. Omawia szczegółowo pochodzenie i ukształtowanie elementów składowych układów nerwowych autonomicznych, ich wzajemne połączenia, ich zależności od układu ośrodkowego, wreszcie związek z wydzielaniem wewnętrznem i jego narządami. Wszędzie przebija idea przewodnia o łączności i równoległości funkcyj życiowych, nie wyłączając tu zjawisk chemicznych, które występują jako inna znowu strona tych samych czynności. Dzieło nie nadaje się do szczegółowego streszczenia; czytelnik przy uważnem studjowaniu książki łatwo spostrzeże, gdzie w nauce w tych kwestjach są jeszcze luki, a co można uważać za już ostatecznie ustalone.

Autor rozróżnia trzy rzędy zjawisk życiowych: 1) życie psychiczne, 2) stosunki z otoczeniem (*vie de relation*) : ruchy i czucie, 3) życie wegetacyjne (*vie organo-vegetative*): odżywianie i rozmnażanie. Dwa ostatnie rzędy zjawisk, obejmujące całość fizyko-chemicznych przejawów życiowych organizmu, mają w ostateczności wspólny ośrodek nerwowy — układ ośrodkowy i są zarówno postrzegane przez psychikę. Wszystkie więc zjawiska są w ścisłej współzależności i nie należy mówić o zupełnej samodzielności ich układów, ośrodkowego i autonomicznych — nerwowych.

Najbliższym jednak jest związek między t. zw. układem sympatycznym i gruczołami, co uprawnia autora do łączenia tych układów w jedną całość pod nazwą, układ nerwowo-gruczołowy (*système neuro-glandulaire*). Na szczególną uwagę zasługuje drugi, czwarty i dziewiąty rozdział książki. W pierwszym z nich autor daje nam podstawowe pojęcia o elementach układu sympatycznego, przedstawiając rozmaite typy łuków odruchowych i związek z układem mięśniowym narządów; w drugim omawia pojęcia ogólne o wydzielaniu wewnętrznem; w trzecim wreszcie przedstawia syntetycznie dane farmakologji układu, rozpatrując obie konkurujące teorje: chemiczną i fizyczną.

Dzieło zasługuje na uważne przeczytanie; liczne schematy ułatwiają zrozumienie tych bardzo zawiłych stosunków, które w znacznej części są jeszcze niedostatecznie wyjaśnione. *B. Frenkiel.*

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Heart. A Journal for the study of the circulation.
Vol. IX. Nr. 2, 3. 1922.

Wpływ zaburzeń w krążeniu na wymianę gazów we krwi.

I. J. Meakins. **Nasycenie tlenem krwi tętniczej przy częstoskurczu napadowym.** Autor wnosi na podstawie spostrzeżeń klinicznych i doświadczeń na psach, że sam częstoskurcz miarowy lub niemiarowy zupełnie nie zmniejsza nasycenia tlenowego krwi; jeżeli natomiast długotrwały częstoskurcz doprowadza do niedomogi w krążeniu i przekrwienia lub obrzęku płuc, wtedy dochodzi do spadku nasycenia.

II. J. Meakins i H. W. Davies. **Metoda oznaczania szybkości krążenia u człowieka.** A. oznaczają szybkość krążenia, ilość krwi przepływającej przed dany odcinek krążenia w minucie, zapomocą zmodyfikowanej metody Haldane-Priestley, polegającej na oznaczeniu zawartości CO_2 w powietrzu pęcherzykowem, krwi tętniczej i żylnej, i obliczeniu ilości krwi według wzoru $A = \frac{p}{q} 100$ cm (przyczem A oznacza ilość krwi w minucie, p = ilość CO_2 wydalonego w minucie, a q = różnica z odsetki objętościowej CO_2 w krwi żylnej a tętniczej).

C. Schwensen. **Częstoskurcz komorowy po podaniu naparstnicy.** 2 spostrzeżenia częstoskurczów, powstających po podaniu naparstnicy; w pierwszym przypadku, po 1.6, g pulv. fol. sitr. w 6 dniach, tętno doszło do 160 było bardzo niemiarowe i wyraźnie bliźniacze, w drugim, po 4.85 g w 13 dniach, tętno doszło do 180, a ekg. wykazał poza migotaniem przedsionków i objawami prawostronnej przewagi (które już były dawniej) kompleksy komorowe naprzemian w odwrotną stronę zwrócone, czyli wskazujące na pochodzenie skurczów z różnych ognisk. Podobny obraz otrzymał Lewis i Levy na psach zatrutych chloroformem. Częstoskurcz komorowy stwierdzili Robruson i Hermann w przypadkach zatoru tętnic wieńcowych. Ponieważ w tym przypadku nic podobnego nie znaleziono, trzeba wnieść, że naparstnica wywołała podrażnienie trzeciorzędnych ośrodków w samych komorach, co się zgadza z doświadczeniami Robinsona, Boedecka i Cush y'ego ze strofantyną. Zgon nastąpił w obu przypadkach najprawdopodobniej na skutek migotania komór.

Th. Lewis, A. N. Drury, A. M. Wedd i C. C. Iliescu. **Spostrzeżenia nad działaniem pewnych leków przy migotaniu przedsionków.** Przeprowadzono bardzo staranne badania nad wpływem chinidyny, hydrochinidyny, chininy, atropiny i strofantyny u chorych z migotaniem, przyczem zachowano wszelkie ostrożności, by uzyskać jednoznaczny wynik; podczas badań nad chinidyną badano też długość wydzielania jej moczem zapomocą odczynnika Mayera (jodku rtęciowego 13.546 gr, jodku potasowego 498 gr i litr wody; w kwaśnym moczu, zawierającym alkaloid, tworzy się gęsty biały strąt po dodaniu kropli odczynnika). Okazało się przedewszystkiem, że nie zachodzi żadna różnica działania po doustnem podaniu siarkanu, dwusiarkanu i dwuchlorku chinidyny i że hydrochinidyna (zwykle zanieczyszczenie kupnej chinidyny) wywiera nieco silniejsze działanie od ch. czystej. Chinina zaś jest od chinidyny 5—10 razy słabszą (zmniejsza ilość skurczów przedsionka, ale migotania nie usuwa). Co się zaś tyczy działania chinidyny, to w każdym przypadku ilość skurczów przedsionkowych zmalała znacznie, skurczów komorowych wzrosła zaś przez lepsze przewodnictwo 1) bezpośrednio z powodu osłabienia napięcia nerwu błędnego i 2) pośrednio z powodu mniejszej ilości skurczów przedsionkowych i stąd polepszenia przewodnictwa A—V.

Zupełne przywrócenie prawidłowego rytmu następowało w różnym czasie u różnych ludzi, i po różnych dawkach, naogół wpływ na przedsionek jest wprost proporcjonalny do dawki chinidyny. Naparstnica sama w dawkach zwykłych wyraźnie przyśpieszyła skurcze przedsionkowe. Wbrew Frey'owi autorowie podawali też naparstnicę razem z chinidyną, wychodząc ze założenia, że chinidyna zanadto przyśpiesza czynność komór, którą zapomocą naparstnicy można wygodnie uregulować. We wszystkich przypadkach autorów równoczesne podawanie obydwu alkaloidów doprowadziło do przywrócenia prawidłowego rytmu bez żadnych przykrych następstw. Przeciwdziała się wprawdzie nieco działaniu chinidyny na przedsionki, ale zwiększywszy jej dawkę można osiągnąć samo pożyteczne działanie naparstnicy na komory. Naparstnica zmniejsza okres refrakcyjny przedsionkowego mięśnia i zwiększa skłonność do migotania, co już wielokrotnie klinicznie i doświadczalnie stwierdzono. Ciekawe jest, że w doświadczeniach autorów strofantyna prawie nie okazywała działania na przedsionki, jedynie zwolniła wyraźnie tętno komorowe.

Przyczyna różnicy działania niełatwo daje się wyjaśnić. Atropina, porażając wszystkie zakończenia nerwu błędnego, zmniejsza ilość skurczów przedsionkowych, nie doprowadzając jednak do zniknięcia migotania, przyśpiesza zaś ogromnie rytm komór; usuwa ślady działania naparstnicy, czem daje dowód że conajmniej część działania naparstnicy idzie drogą przez nerw błędny. Co się tyczy teorji działania chinidyny, to autorowie przypominają przedewszystkiem swoje dawniej (Heart. VIII. 2, 3. ref. w P. G. L. 32.) ogłoszone przypuszczenie, że migotanie polega na kołowym ruchu fali

podrażnienia (*Circus Movement*) dokoła mięśnia przedsionkowego przy ogromnie obniżonym okresie refrakcyjnym. Czynnik ostatni naparstnica zmniejsza, a atropina i chinidyna zwiększają, co zupełnie tłumaczy działanie kliniczne naparstnicy, bo zmniejszenie o. r. musi ułatwić trwałe przechodzenie fali naokoło przedsionków. Ponieważ nerw błędny działa w kierunku zmniejszenia o. r., chinidyna widocznie go częściowo poraża. Przez powiększenie okresu refraktoryjnego także i pęczka A—V wytwarza czasem chinidyna lekki blok A—V, który wtedy przeciwdziała przyśpieszeniu bicia komór, powstałemu na skutek powyżej opisanych wpływów chinidyny na nerw błędny. Powiększenie się okresu refrakcyjnego mięśnia komorowego po chinidynie powoduje też dodatkowe skurcze, podobne do bliźniaczych po naparstnicy, a które należy sobie wytłumaczyć nawrotem fali do mięśnia o dłuższym okresie refrakcyjnym.

Hipoteza autorów o istocie migotania pozwala tedy wygodnie tłumaczyć wszystkie doświadczalne i kliniczne spostrzeżenia z dziedziny patologji i farmakologji tej niemiarowości.

The British Medical Journal.

Nr. 3192 z 4. III. 1922.

A. L. Mac Ilroy. **Spostrzeżenia nad stanami zatrucia krwi (toxaemia) w czasie ciąży.** Sprawozdanie poglądowe, ujmujące opis opieki społecznej nad ciężarnemi kobietami w Londynie i sposobu rozpoznania, leczenia i pielęgnacji stanów toksemicznych w Royal Free Hospital. Między sposobami leczenia zasługują na uwagę:

1) Ekstrakcje zepsutych zębów, podtrzymujących stany zatrucia, 2) głodówka kilkudniowa, wprowadzona przez Tweedy'ego, 3) lewatywy roztworów soli i glukozy, 4) płukanie żołądka roztworem siarczanu magnezowego, a w przypadkach połączonych z wysokiem parciem, 5) proszki Dowera.

A. V. Hill. **»Moderatory« oddziaływania we krwi.** Przez oddziaływanie krwi rozumie się stężenie jonów wodorowych w osoczu. Większy dopływ kwasu, np. mlekowego, po pracy lub odciągnięcie, np. przez trawienie, powodujące odpływ kwasu do żołądka, nie zmieniają jednak stężenia jonów wodorowych wskutek regulacji przez ośrodek oddechowy, który przeciwdziała większemu zakwaszaniu przez wydalenie CO_2 głębszem oddychaniem, oraz dzięki czynności nerek i obecności pewnych moderatorów we krwi.

Dodanie pewnej ilości kwasu, np. CO_2, do osocza daleko mniej podwyższa stężenie jonów wodorowych, niż dodanie tej samej ilości do odpowiedniego roztworu soli. Przesuwa się wtedy tylko stosunek między fosforanami, chlorkami, dwuwęglanami, które z kwasem węglowym tworzą bardzo słabo zdysocjowane sole kwaśne. Duża tedy ilość kwasu może wejść do krwi, nie zmieniając prawie stężenia jonów H. Po dodaniu do krwi dwuwęglanu wzrasta tylko ciśnienie CO_2 w krwi, a tem samem i w powietrzu pęcherzykowem, gdyż następuje odruchowo zwolnienie oddychania.

Ponieważ duża ilość fosforanów i cała hemoglobina (która także może wiązać kwasy) znajduje się w krwinkach, jest zrozumiałe, że znoszenie kwasów w dużej mierze zależy od ilości czerwonych ciałek. Dobrze »moderująca« krew jest tedy cechą zdrowego człowieka o prawidłowej morfologji krwi, znoszącego bez duszności nawet cięższą pracę fizyczną. Dalsze badania ustalą zapewne związek między stanami chorobowemi a »moderatorami« krwi.

H. Drummond. **Ostateczne wyniki 21 przypadków iliokolostomji z powodu gruźlicy kości i stawów.** Arbuthnot Lane obwinił, jak wiadomo, zastoinę jelitową, jako przyczynę wielu cierpień m. i. gruźlicy kości i stawów, i począł je leczyć wyłączaniem z trawienia całej okrężnicy. Morrison wykonał operację Lane'a w 21 przypadkach i otrzymał 3 przypadki zupełnego wyleczenia, 3 przypadki zgonu pooperacyjnego, 10 przypadków zgonu na gruźlicę, o 5 przypadkach nie zdołano zebrać wiadomości.

W. R. Mackenzie. **Stosunek ciałka żółtego do miesiączkowania i ciąży.** Amerykańscy weterynarze znaleźli, że u krów pozostanie fałszywego ciałka żółtego zapobiegało ruji, która natychmiast następowała po wyciśnięciu ciałka. Jeżeli zaś przypadkowo wycisnęli prawdziwe ciałko żółte, natychmiast nastąpiło poronienie lub śmiertelne skrwawienie. Podobnie stwierdził autor, że przypadkowe wycięcie ciałka żółtego fałszywego podczas operacji pociąga za sobą natychmiastową miesiączkę, nawet jeśli poprzednia odbyła się na kilka dni przed zabiegiem. W dwóch przypadkach zaś nastąpiło poronienie natychmiast po uszkodzeniu prawdziwego ciałka. A. przypuszcza tedy, że urazy w brzuch, pociągające często poronienie, działają na jajniki, zaś wejście w ciążę starszych kobiet, długi czas zamężnych, po masażu miednicy i innych zabiegach, można sobie wytłumaczyć wyciśnięciem fałszywego ciałka, następową miesiączką i owulacją.

J. Acomb. **Śluzak w zatokach czołowych.**

L. Rogers. **Ropień wątroby pełzakowy.** Ropień wątroby stanowi komplikację czerwonki pełzakowej i pewnego typu nieżytu okrężnicy, którego przynależność do zakażenia pełzakowego udało się stwierdzić autorowi. Jako ostrzegawczy znak można pojąć leukocytozę, która niechybnie zapowiada ropienie. Jeżeli się wtedy zacznie energiczne leczenie ipekakuaną wzgl. emetyną, która stanowi najbardziej swoisty lek farmakopei, można z dużem prawdopodobieństwem zapobiedz ropniowi, ale i w przypadkach rozwiniętego ropnia posiada swoiste leczenie ogromne znaczenie, przyśpieszając wyzdrowienie i zmniejszając ogromnie śmiertelność.

Nr. 3197 z 8. IV. 1922.

Sir James Mackensie. **Istota i znaczenie objawów sercowych. II. Proces odruchowy a skurcz serca.** Analiza wszystkich objawów życia prawidłowego i chorobowego wykazuje, że wszelkie procesy odbywają się drogą odruchu. Przez odruch należy rozumieć przejście bodźca z jednej tkanki do drugiej, uwieńczone odpowiedzią widoczną dla naszych oczu. W stanie zdrowia na tkanki zewnętrznych osłon działają zawsze czynniki, powodujące powstanie bodźca, przechodzącego po danym układzie przewodzącym do innego narządu, odpowiadającego ściśle określoną czynnością. »Choroba« może wpływać na różne części tego łuku odruchowego. Rozważanie czynności serca w różnych fazach doprowadza do wniosku, że wszystkie przejawy chorobowe polegają na zaburzeniach w różnych odcinkach sercowego łuku odruchowego. Fizjologicznie należy w sercu rozróżnić: 1) Układ przewodzący, i 2) kurczliwy. W pierwszym rozróżniamy a) część zewnętrzną (*extrinsic*), nerwy błędny i współczulny, przewodzące z zewnątrz (za pośrednictwem krwi i wielu innych znanych czynników) bodźce na b) układ wewnętrzny (*intrinsic*) — węzeł zatokowy, przedsionkowo-komorowy i pęczek Hissa. Trzeba zauważyć, że na b) nie składa się tkanka nerwowa, tylko «komórki Purkinjego«, że więc podrażnienie nie przechodzi po jednem włóknie, tylko z komórki na komórkę. Układ kurczliwy składa się z samego mięśnia przedsionka i komory i tylko osłabienie tego układu decyduje o osłabieniu czynności serca, wynika więc z tego wniosek, że wszelkie zaburzenia rytmu, przewodnictwa czyli układu 1) mogą spowodować osłabienie czynności serca, które dla nas ma największe kliniczne znaczenie tylko przy równoczesnej ujemnej zmianie w układzie 2).

Na układ pierwszy działają różne toksyny chorobowe, leki, wpływy nerwowe itd. Wiemy, że na pobudliwość węzła zatokowego działa naparstnica ujemnie, alkohol dodatnio. Stale zaś wywiera nań wpływ wstrzymujący nerw błędny, współczulny podrażniający. To też przy zmianie rytmu na szybszy w pewnej chorobie, musimy dokładnie rozważyć, czy nastąpiło tu osłabienie czynności pierwszego, czy wzmocnienie czynności drugiego nerwu. Naogół szczegóły wszystkie nie są jeszcze zbadane, w każdym razie już wiemy, że tachykardia po atropinie, usuwającej wpływ nerwu błędnego, jest inna niż przyśpieszanie rytmu po podwyższeniu ciepłoty ciała, pracy lub spożyciu alkoholu. Wiemy też, że zupełnie gdzieindziej jest punkt zaczepny toksyn różnych chorób, inny przy zapaleniu płuc, inny przy durze, a inny jeszcze przy gorączce gośćcowej. Sprawa jest bardziej skomplikowana, niż się dotychczas wydawało. Np. pewne toksyny chorobowe działają na łuk odruchowy w ten sposób, że później podana atropina zwalnia rytm, a w niektórych chorobach naparstnica sprawia częstoskurcz. R. M. Wilson ostatnio odkrył t. zw. »wtórny odczyn na bodziec«: w układzie zrównoważonym,

na który działają dwa przeciwne nerwy, podrażnienie jednego pociąga za sobą osłabienie czynności drugiego. Po ustaniu bodźca, gwałtownie wzrasta czynność powrotnie osłabionego nerwu. I tak po chwilowem zwolnieniu rytmu przez drażnienie nerwu błędnego następuje znaczna tachykardia z powodu wtórnego odczynu n. współczulnego (podrażnienia odruchowego nerwu współczulnego przez nerw błędny).

Nieprawidłowe rytmy należy też różniczkować według umiejscowienia bodźca w łuku. Inny jest bodziec, sprowadzający niemiarowość a powstający w układzie przewodzącym (skurcz dodatkowy pęczkowy, niemiarowość oddechowa), a inny jest bodziec mięśnia (migotanie przedsionków, rytm idiowentrykularny, powstający podczas całkowitego bloku itd.) Zanim się tedy zaleci pewne lekarstwo, o którego działaniu na łuk wiemy już z eksperymentu na zdrowem sercu, trzeba się upewnić, czy choroba nie wywarła wpływu odwracającego działanie leku. (Szczegółowemi badaniami tego rodzaju zajmuje się instytut założony przez autora »Institute for Clinical Research. St. Andrews. Przyp. ref.)

Anthony Feiling. **Tłumaczenie objawów w chorobach ośrodków nerwowych.** Wykład kliniczny o napięciu mięśniowem przy zaburzeniach piramidalnych i pozapiramidalnych na podstawie najnowszych badań.

Ziemilski (Lwów).

Choroby oczu.

American Journal of Ophthalmology.
T. V. Styczeń 1922.

T. M. Li. **Otwór w okolicy plamki w obu oczach w następstwie równoczesnego urazu.** Podczas gry w piłkę nożną doznał 22-letni Chińczyk tak silnego urazu piłką w nasadę nosa, że stracił przytomność. Po odzyskaniu przytomności widział wszystko zamglone i czerwonawo, a po kilku dniach zielonawo. Badanie wziernikiem stwierdziło w miejscu plamki otwór, otoczony dokoła przestrzenią czerwoną i licznemi drobnemi żółtemi ogniskami. Przypadek jedyny w piśmiennictwie, gdyż zwykle otwór w plamce powstaje tylko na jednem oku. Obustronne powstanie zmian identycznych czyni autor zależnem od właściwości rany. Chińczycy mają szeroką, niską nasadę nosa i niskie łuki brwiowe tak, że uraz mógł zadziałać na obie strony jednako.

J. Fejer. **Leczenie guzów przysadki.** U dwóch chorych, w latach 43 i 49, ze stwierdzonem rozpoznaniem guzów przysadki, osiągnął autor znaczne polepszenie stanu chorobowego przez naświetlanie promieniami Roentgena. Charakterystyczne skroniowe widzenie połowicze ustąpiło wraz z poprawą ogólnego stanu.

F. Ph. Calhonn. **Klasyfikacja schorzeń rogówki.** Autor proponuje ustalenie terminologji dla poszczególnych schorzeń rogówki, podaje istniejące synonima dla różnych spraw chorobowych i stara się je uporządkować.

H. R. Stilwill. **Rozpadowa gruźlica w oku dziecka.** U czteroletniego dziecka zapalenie przewlekłe przedniego odcinka gałki ocznej. Próbne wycięcie potwierdziło rozpoznanie gruźlicy.

A. C. Magruder. **Niedomoga u gruźliczych.** Autor zwraca uwagę, że usunięcie niedomogi ocznej u chorego z gruźlicą często może się przyczynić do poprawy ogólnego stanu umożliwiając choremu zajęcie się jakąś pracą, odrywającą go od rozmyślań nad swym stanem chorobowym. W największej liczbie przypadków była przyczyną niedomogi niezborność niedomiarowa. W porządku zależnym od częstości pojawiania się wymienić należy: zaburzenia w równowadze mięśni ocznych, bóle głowy, wzrok zamglony przy pracy z bliska, bóle oczu, zapalenie, pieczenie i kłucie, łzawienie, światłowstręt, uczucie znużenia, zwykła nadwzroczność, zawroty, kurcze powiek, zwykła krótkowzroczność i jęczmyki.

M. L. Foster. **Objawy oczne w nagminnem zapaleniu mózgu.**

Levy: **Mięsak czerniaczkowy naczyniówki.**

Cowper. **Łojotok gruczołów Meiboma.**

Patterson. **Niektóre objawy spostrzegane na dnie oka u chorych gruźliczych.** Zmiany dotyczyły naczyń siatkówkowych, które były wypełnione i pokręcone. Serce nie wykazywało żadnych zmian.

Smith. **Krążkowate zapalenie rogówki w następstwie ospy.**

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
T. 66. Czerwiec 1921.

Behr. **O kurczowem oddziaływaniu skojarzonem ze zbieżnością źrenic rzekomo nieruchomych na światło.** *(Pupillotonia).*

Rados i Candian. **Tętnicze połączenie różnych siatkówkowych układów naczyniowych w przebiegu zatoru pnia głównego.**

Mohr i Böhm. **Obustronne zamknięcie tętnicy środkowej siatkówki w następstwie zatoru przy brodawkowatem zapaleniu wsierdzia z obrazem sekcyjnym i mikroskopowem badaniem gałek.**

Kraupa i Hahn. **Kurczowe niedokrwienie wewnętrznych naczyń oka, jako objaw częściowy schorzenia naczyń na tle dziedzicznej kiły.**

Vogt. **Odbicie światła na przedniej powierzchni siatkówki w świetle bezczerwiennem. Powierzchowne siatkówkowe tworzenie się fałdów.**

Trendelenburg. **Przyrząd do mierzenia oddalenia obu oczu.**

Lundsgaard. **Ogólna kąpiel świetlna w oftalmologji.** Praca z instytutu Finsena w Kopenhadze. Leczenie światłem, stosowane w przypadkach zapalenia pryszczykowego spojówki i rogówki, zapaleniach twardówki, dróg łzowych, i w zapaleniach rogówki i tęczówki, najprawdopodobniej na tle gruźliczem. W przeważnej liczbie przypadków leczenie z wynikiem wątpliwym lub żadnym.

Türk. **Sprawozdanie ze 100 operacyj zaćmy starczej, wykonanych nożykiem grotowym.** Wychodząc z założenia, że rany zadane nożykiem grotowym znacznie szybciej się goją, niż rany zadane nożykiem Graefego, wykonywali niektórzy okuliści w ostatnich czasach wydobycia zaćmy przy użyciu cięcia nożykiem grotowym i powiększeniem cięcia zapomocą nożyczek, jak to poraz pierwszy czynił David, podając w połowie 18. stulecia swój sposób wydobycia zaćmy. Dla ochrony przed zakażeniem zastosował T. płat spojówkowy, otrzymany metodą Kuhnta i tylko w ten sposób wykonana operacja może współzawodniczyć z operacją zaćmy, wykonanej przy pomocy wąskiego nożyka Graefego.

Schwarzkopf. **W sprawie leczenia jontoforezą wrzodów rogówkowych.** 27 przypadków wrzodów pełzających rogówki, leczonych jontoforezą. Wyleczenie w 14 przypadkach, w 3 przypadkach przemijające polepszenie. Ilość posiedzeń między 1 do 6. W przypadkach wrzodów o zakażeniu pneumokokowem było działanie jontoforezy wybitniejsze niż przy wrzodach o innej etjologji.

Blatt. **O nakłuciach ciała szklistego wraz z przyczynkiem o uodparniającem i przeciwbakteryjnem zachowaniu się tegoż.** Cztery przypadki zaćmień w ciele szklistem w następstwie zapalenia naczyniówki i siatkówki. Kilkakrotnie powtórzone nakłucia ciała szklistego w przerwach dwutygodniowych. W 2 przypadkach poprawa, w 1 pogorszenie z powodu krwotoków przy zapaleniu kiłowem naczyniówki, w 1 przypadku urazowej wybroczyny śródocznej musiano po trzech nakłuciach przystąpić do wyłuszczenia gałki.

Co do pytania, jakie ilości ciała szklistego można przy nakłuciu wydobyć bez szkody dla oka, na to dają autorowi odpowiedź wyniki doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżenia kliniczne: przy wydobyciu 0,6 ccm ciała szklistego u królika można już powtórne nakłucie wykonać po 8 dniach. U człowieka można bez szkody wydobyć 0,6 do 0,8 ccm w przerwach tygodniowych a nawet 1 ccm w przerwach miesięcznych. Wydobycie większych ilości, niż 1 ccm, działa już na oko zgubnie. Po nakłuciu należy na kilka godzin założyć opaskę po poprzedniem zapuszczeniu atropiny.

Odczyn Wassermanna, badany w wydobytem przez nakłucie ciele szklistem, był zawsze ujemny, mimo że przypadki te kiłowego zapalenia naczyniówki i siatkówki wykazywały zawsze dodatni wynik badania krwi.

Kubik. **W sprawie leczenia tarczy zastoinowej wycięciem pochewek nerwu wzrokowego.** Autor zestawia następujące wskazania dla leczenia tarczy zastoinowej: 1. Wszystkie umiejscowić się dające i dostępne guzy mózgu należy poddać operacji doszczętnej. 2. We wszystkich przypadkach gu-

zów mózgu, nie dających się umiejscowić, należy wykonać nakłucie Bramana. Uśmierzająca trepanacja dała wyniki niekorzystne. 3. Wycięcie torebek nerwu wzrokowego sposobem Müllera jest zabiegiem zupełnie bezpiecznym, które wykonać należy w tych przypadkach, gdzie chory wzbrania się poddać operacji mózgowej i w przypadkach, w których badanie neurologiczne nie przemawia za guzem mózgu. Przedtem należałoby jednakże wykonać nakłucie lędźwiowe. 4. Skoro po uśmierzającej operacji tarcza zastoinowa nie ustępuje albo siła wzroku coraz bardziej podupada, należy szybko wykonać wycięcie pochewek nerwu wzrokowego.

Müller. **O śródczaszkowym tętniaku tętnicy szyjnej.**

T. 66. Marzec-Kwiecień 1921.

Vogt. **Badania wziernikowe plamki żółtej w świetle bezczerwiennem.** Na wstępie kilka uwag, dotyczących techniki wziernikowania. Dla oczu miarowych i krótkowzrocznych ma być wiązka promieni światła użytego do badania równoległa lub lekko rozbieżna, dla oczu z silniejszą nadwzrocznością lekko zbieżna. Badanie tylko w obrazie prostym. Mała łukowa lampa elektryczna o sile 1500 świec. Prąd stały. Prąd zmienny nie nadaje się, gdyż ta sama lampa daje zaledwie $^1/_8$ siły światła przy prądzie zmiennym. Badanie w świetle bezczerwiennem stwierdza:

a) żółte zabarwienie plamki,

b) prawidłowe i patologiczne właściwości plamki żółtej.

Badania w świetle bezczerwiennem, dokonane na tysiącach prawidłowych oczu wykazały, że plamka żółta stanowi tylko część dołka środkowego (fovea), który jest pojęciem szerszem i odpowiada całej pogłębionej części siatkówki. 1. Powstanie refleksu świetlnego w samym środku plamki żółtej czyni V. zależnem od wklęsłego odbicia się światła od wewnętrznej błony granicznej siatkówki. Refleks ten porusza się w kierunku przeciwnym przy ruchach bocznych lusterka i badającego. Obok wspomnianego odblasku świetlnego spostrzegał V. także refleks dokoładołeczkowy, poruszający się zgodnie z ruchami badającego (wypukłe odbicie się światła). 2. Zabarwienie żółte plamki ma z tego względu wielkie znaczenie dla wziernikującego, że pozwala odnaleść w świetle bezczerwiennem plamkę nawet w tych przypadkach, w których przy zwykłych sposobach badania odnaleść jej nie można. Ma to miejsce przy rozsianych zapaleniach naczyniówki i siatkówki, przy oderwaniu siatkówki i guzach wypychających część środkową siatkówki. Barwa żółta plamki występuje nawet w tych przypadkach, w których oderwana jest siatkówka a wszelka łączność z przybłonkiem barwikowym jest usunięta.

c) Plamka, jak plaster pszczelny, i otwór w plamce stanowią zmiany chorobowe, które często przy zwykłem badaniu trudno od siebie odróżnić. W tych przypadkach badanie w świetle bezczerwiennem może ustalić rozpoznanie.

d) Znaczne osłabienie lub brak żółtego zabarwienia plamki świadczy o tem, że dane oko jest chorobowo zmienione.

Behr. **Wielkość źrenicy przy typowych zaburzeniach źrenicznych.** Autor badał zachowanie się źrenic w 260 przypadkach chorobowych zaburzeń tychże.

Przypadki zwrotnej nieruchomości źrenic dotyczyły 120 oczu. Określając źrenicę jako wąską o wymiarze do 3 mm, jako szeroką ponad 3 mm stwierdził B., że przy zupełnej i niezupełnej zwrotnej nieruchomości źrenic spotyka się wąskie źrenice w 75·4%, szerokie tylko w 24·5%. Im bardziej wybitne jest zaburzenie źrenicy, tem węższa jest źrenica. Uwzględniając wiek chorych zauważyć można, że zwrotna nieruchomość źrenic po 30 roku życia szybko wzrasta, osiągając najwyższe nasilenie między 40 a 50 rokiem.

Druga grupa bezwzględnej nieruchomości źrenic dotyczyła również 120 przypadków. Źrenice zachowują się tu wprost przeciwnie: wąskie w 9.1%, a szerokie w 90·9%. Bezwzględną nieruchomość źrenic spotyka się o dziesięciolecie wcześniej, niż zwrotną, a liczba przypadków do 30 roku życia jest znacznie większa, niż w grupie poprzedniej.

Do trzeciej grupy należało 20 przypadków porażenia mięśni ocznych wewnętrznych. W 10% przypadków źrenice były wąskie, w 90% szerokie. Tu największa liczba przypadków występuje w jeszcze wcześniejszem dziesięcioleciu, niż w grupie poprzedniej. Im bardziej nasilone jest zaburzenie wewnętrznych mięśni ocznych, tem większe jest rozszerzenie źrenicy.

Koeppe. **O obustronnej zaćmie dotychczas jeszcze niespostrzeganej przy pomocy lampy szczelinowej Gullstranda i kilka uwag o histologicznem rozpoznaniu różniczkowem za życia między wrodzonemi a nabytemi zaćmieniami soczewki.**

Koeppe. **O spostrzeżeniach przy pomocy lampy szczelinowej nad zaćmą elektryczną.**

Baurmann. **O odruchowo wywołanych ruchach mięśni ocznych u kijanek.** Doświadczenia wykonywał autor na kijankach żaby jadalnej rozmaitej wielkości (od 8 mm począwszy aż do takich, u których rozwinięte już były przednie odnóża) i doszedł do następujących wniosków:

1. W odruchowo wywołanych ruchach przeciwnych oczu u kijanek odróżnić można dwa typy: a) takie, które występują po ruchach okrężnych na tarczy obracającej się poziomo i b) takie, które zostają wywołane zmianą położenia w stosunku do działania siły ciężkości. 2. Zniszczenie jednego błędnika powoduje *deviatio bilateralis verticalis* po stronie operacyjnej, które ustępuje samoistnie po 14 dniach. 3. Zniszczenie jednego błędnika nie powoduje zniknięcia ruchów przeciwnych, lecz tylko zmniejszenie rozległości wahań. 4. Zniszczenie obu błędników powoduje zupełne zniesienie ruchów. 5. Wyniki badań autora nad kijankami zgadzają się z wynikami badań Kubo nad rybami. 6. Dla powstawania ruchów przeciwnych przyjąć należy, że dla każdego ruchu, jak skręcenie ku przodowi, tyłowi itd., za każdym razem na każdem oku kurczą się dwa mięśnie. 7. Drgania gałek ocznych u kijanek autor nie spostrzegał, tylko ruch przeciwny, który jest jednoznaczny z powolnym okresem oczopląsu u innych zwierząt. Spostrzeżenia autora przemawiają za tem, że przyczyny dla tego odmiennego zachowania się nie należy szukać w budowie i czynności narządu słuchowego lecz raczej w odmiennej budowie i czynności mózgu.

Hamburger: **Przyczynek krytyczny i doświadczalny do zagadnienia o odżywianiu oka.** Po kilku krytycznych uwagach w sprawie opisanego poprzednio przez Aschera przypadku zranienia gałki ocznej, dochodzi H. do wniosku, że w tym przypadku krew ze zranionego ciała rzęskowego wylała się do tylnej komórki i tam pozostała przez dni 16 aż do zupełnego wessania, nieprzechodząc zupełnie do komórki przedniej.

Autor przypuszcza, że samo przyleganie tęczówki do soczewki mogło uniemożliwić przedostanie się krwi do przedniej komórki. Objaśnienie dla tych warunków daje H. na następującem doświadczeniu: na naczyńko szklanne (2 cm wysokie, 5 cm średnicy) naciąga się bardzo delikatną gumkę, w środku której przez wycięcie robi się otwór o średnicy 2,5 cm. Naczyńko zapełnia się wodą (bez baniek powietrza), otwór w gumce przykrywa się soczewką wypukłą (bez oprawy) o sile 10 lub 20 dioptrji. Naczyńko napełnione wodą odpowiada przedniej komórce, błonka gumowa — tęczówce, soczewka szklanna — soczewce w oku, a wąska szczelina między soczewką a błoną gumową — tylnej komórce. Mimo wkraplania niebieskiego barwika (*Trypanblau*) do sztucznej tylnej komórki, ciecz w naczyńku pozostaje niezabarwioną. Dla uniknięcia zarzutu, że w oku ludzkiem tęczówka i soczewka są zawieszone pionowo, modyfikuje H. to doświadczenie, by zadość uczynić tym warunkom Wyniki doświadczeń identyczne z poprzedniemi. W końcu omawia H. znaczenie ciała rzęskowego dla odnowy cieczy wodnej, przypisując temu ostatniemu tylko małe znaczenie. Głównem zadaniem ciała rzęskowego nie ma być wydzielanie, ale tylko powstrzymywanie i chronienie tęczówki i rogówki od ucisku akomodacyjnego soczewki.

Bornemann: **O wpływie maści nowiformowej na zawartość drobnoustrojów w worku spojówkowym.** Z powodu różnych trudności musiano podczas wojny zaniechać badań bakterjologicznych, w szczególności zakładania hodowli drobnoustrojów, które praktykowano przedtem dla przekonania się

o jakości spojówki przed operacją. Dla oczyszczenia worka spojówkowego używano na klinice w Lipsku stale maść nowiformową 10% (nowiform rozpuszczony w kilku kroplach oliwy wyjałowionej i wazelina czysta). Oprócz badań klinicznych wykonał także B. próby nad działaniem nowiformowej maści na hodowle gronkowców w agarze glycerynowym. Na podstawie tych doświadczeń dochodzi B. do wniosku, że jedno lub dwurazowe zastosowanie maści nowiformowej czyni worek spojówkowy klinicznie jałowym, tak że z czystem sumieniem przystąpić można do wykonania operacji śródgałkowych.

Meesmann. **Kliniczne spostrzeżenia zmian na dnie oka w świetle ogniskowej lampy szczelinowej.**

Haab. 3. **Punkty Gunna lub Cricka.** Są to drobne białawe punkciki symetrycznie ułożone w pewnych odstępach dokoła tarczy nerwu wzrokowego spostrzegane po raz pierwszy przez Gunna u członków rodziny Crick. Pochodzenie ich niewyjaśnione. Dimmer uważa je za refleksy świetlne siatkówki pochodzące od włókien zrębowych Müllera. Vogt spostrzegał je także w świetle bezczerwiennem.

4. **O jaglicy w Szwajcarji.** Według zdania Haaba jest Szwajcarja tak dalece odporną przeciw jaglicy, że zarządzenia ochronne na granicy przeciw obcokrajowcom ze wschodu okazały się zbytecznemi.

Hommel i Hirschberg. **Historyczna wzmianka o rozwórce powiekowej u starogreckich lekarzy.** Papias, biskup z Hieropolis, uczeń apostołów, żyjący w 2 w. po Ch., w jednem ze swych dzieł kościelnych przytacza zajmującą wzmiankę o chorobie Judasza Ischariotha, u którego przy obrzęku całego ciała także powieki tak silnie były obrzękłe, że oczu nie można było oglądać nawet przy użyciu instrumentu zwanego dioptra.

Krämer. **Episcleritis metastatica furunculiformis.** Na podstawie dokładnie przez autora spostrzeganego przypadku i skąpych danych, zebranych z piśmiennictwa, kreśli K. obraz kliniczny tego cierpienia. Przerzutowe zapalenie tkanki natwardówkowej występuje zwykle u osobników z długotrwającą czyracznością ogólną. Bodźcem chorobotwórczym jest ropotwórczy gronkowiec złocisty.

Wśród gwałtownych objawów podrażnienia powstaje w bliskości rąbka w tkance natwardówkowej guz, dochodzący do wielkości orzecha laskowego. Po operacyjnem lub samoistnem otwarciu guza wydobywa się mało ropy, dopiero po dłuższem trwaniu przychodzi do oddzielenia się części zmartwiałych w postaci czopa, jak przy czyraku. Sprawa chorobowa kończy się zabliźnieniem. Jako powikłanie może wystąpić zapalenie tęczówki o rozmaitem nasileniu. Autor przypuszcza, że ropnień natwardówkowy powstaje jako przerzut drogą krwionośną.

Behmann. **Dwa przypadki wstążkowego zaćmienia rogówki w oczach widzących u chorych młodocianych.**

Böhm. **84 przypadków dakrjocystorhinostomji według Totiego.**

Hensen. **Operacja zaćmy nożykiem grotowym.** Autor zaleca do wykonania zaćmy starczej cięcie nożykiem grotowym, wypróbowane na 52 przypadkach. Posługuje się bardzo szerokim nożykiem grotowym Besta rozszerzając przy wyjmowaniu nożyka cięcie na boki. Cięcie nie jest za małe— tą metodą dały się wydobyć soczewki nawet u chorych ponad lat 60. Zalety tego cięcia stanowią:

1. Znacznie łatwiejsza technika operacyjna.
2. Lepsze przyleganie brzegów rany, szybszy zrost, jako najlepsze zapobieganie zakażeniom pooperacyjnym, wypadnięciu ciała szklistego i tęczówki.
3) Możliwość wczesnego wykonania rozcięcia zaćmy.

Handmann. **O miejcowem podspojówkowem znieczulaniu przy 238 operacjach, połączonych z otwarciem gałki.** Przy operacjach zaćmy i irydektomjach posługuje się H., poza znieczuleniem przez wkraplanie kokainy, wstrzykiwaniami podspojówkowemi 2% roztworu nowokainy z adrenaliną w dawkach 0,2—0,3 ccm. Wstrzykuje w dolną część spojówki gałkowej w miejscu, gdzie się chwyta szczypczykami ustalającemi. Uważać należy, by płyn znieczulający nie podszedł do miejsca przeznaczonego do wykonania cięcia. Znieczulenie jest zupełne — chory podczas wykonywania zabiegu nie kurczy i nie ściska okiem.

Cords. **W sprawie leczenia nieżytu wiosennego.** W przypadku uporczywego nieżytu wiosennego osiągnął C. natychmiastowe dobre wyniki lecznicze przez jednorazowe wstrzyknięcie śródżylne afenilu (w handlu znajduje się afenil jako roztwór 10% w ampułkach po 10 ccm — preparat ten zawiera 11,42% wapnia i 62,28% mocznika).

Nedden. **Narzędzia do wyssania ciała szklistego.** Igły do strzykawki powinny być bardzo ostro zakończone, o świetle 0·4 do 0·9 mm. Do przytrzymania gałki przy wyjęciu igły służy osobna do tego celu dostosowana szpatułka. Narzędzia można dostać u Windlera w Berlinie.

Merz-Weigandt. **Przyczynek do urazowego zaniku nerwu wzrokowego.** U 9. letniego chłopca wystąpiły po urazie płaską dłonią w potylicę objawy mózgowe powikłane na drugi dzień znacznem pogorszeniem siły wzroku. Po 3 tygodniach można było stwierdzić wybitny zanik nerwu wzrokowego na obu oczach. Przypuszczalnie przyszło po urazie do złamania postawy czaszki i następowego krwotoku.

Kümmell. **Niezwykłe uszkodzenie rogówki przez promienie Roentgena.** Podczas naświetlania raka powieki dolnej zauważył K. zmniejszenie wrażliwości rogówki, czasami tak znaczne, że można było dołek zrobić w rogówce bez żadnego obronnego odczynu ze strony badanego. Z tem w związku pozostaje skłonność do powstawania powierzchownych owrzodzeń rogówki. W przypadkach przez K. spostrzeganych wystąpiło zmniejszenie wrażliwości rogówki przy końcu naświetlań (5—6 w odstępach sześciotygodniowych).

Pick. **Oślepnienie nowonarodzonego dziecka w następstwie fałszywego wkraplania.** U nowonarodzonego dziecka wkropliła akuszerka do obu oczu rzekomo kilka kropli 1% roztworu azotanu srebra. Nastąpił gwałtowny ból, dziecko 2 godziny krzyczało, trzymając powieki kurczowo zamknięte. Po odchyleniu powiek rozwórką wystawały ze szpary powiekowej wielkie pęcherzowate woreczki przedstawiające nadmiernie powiększone i ścieńczałe rogówki. Po kilkunastu dniach nastąpiło przebicie rogówki, wypadnięcie tęczówek, a w następstwie płaskie zabliźnienie. Operacja irydektomji bez wpływu na poprawę siły wzroku. Przyczyna powstania tych zmian jest niewyjaśniona — flaszeczka miała wprawdzie napis, że zawiera 10% azotan srebrowy, lecz bliższemu badaniu zawartości jej nie można było poddać, gdyż płyn z flaszeczki wylano. Doświadczenia przeprowadzone przez autora na rogówkach zwierzęcych wykazały zupełnie odmienny sposób działania azotanu srebra, bardziej zbliżonym był sposób działania 10% ługu sodowego lub płynnego kwasu karbolowego, chociaż zmian poprzednio opisanych nie osiągnięto w doświadczeniach.

Cramer. **Zakrzep tętnicy środkowej siatkówki z obrzękiem tarczy nerwu wzrokowego w następstwie grypy.**

Schreiber. **O tworzeniu się fałdu w spojówce gałkowej i stosunku tej zmiany chorobowej do ścieńczenia powiek.** U dwóch kobiet, 48 i 50 letniej, spostrzegał S. istnienie fałdu spojówkowego poziomego, który poniżej dolnego rąbka zwieszał się na dolny brzeg powieki. Równocześnie istniejące ścieńczenie powiek wskazuje na pewien związek obu spraw chorobowych.

Hagen. **Dalsze badania nad odtwarzaniem się cieczy wodnej w oku ludzkiem.** Badania przeprowadzone na oczach, które z powodu bolesnej jaskry dokonanej lub rany drążącej przeznaczone były do wyłuszczenia. Wyniki badań upoważniają autora do wysnucia wniosku, że odtwarzanie się cieczy wodnej odbywa się z tęczówki i że prawdopodobnie tęczówkę należy uważać za główny narząd wydzielniczy. Ciało rzęskowe nie bierze w tym procesie takiego udziału, jaki mu dotychczas na podstawie badań na zwierzętach przypisywano. Odradzanie się cieczy wodnej w oku ludzkiem i zwierzęcem wykazuje tak zasadnicze różnice, że nie można wyników badań otrzymanych na oku zwierzęcem zastosować do oka ludzkiego.

Freytag. **O niebieskiej twardówce i łamliwości kości.** Autor omawia dwa przypadki ścieńczałej twardówki (wobec czego prześwieca ciemno zabarwiona jagodówka), powikłane

zmianami w kościach długich. Cierpienie to jest dziedziczne. Z 18 członków tej rodziny w 5 pokoleniach wykazuje 11 niebieską twardówkę i łamliwość kości, a 9 tępość słuchu.

Streuli. **Technika oświetlenia lampy szczelinowej.** Notatka o prostym i praktycznym modelu łukowej lampy szczelinowej i urządzeniu do wziernikowania w świetle bezczerwiennem. *W. Reis* (Lwów).

Stomatologja.

Zeitschrift für Stomatologie.
XX. 1922. Nr. 1.

Hille. **O torbielach i innych jamach w szczęce górnej.** Przyczynek kazuistyczny, zdający sprawę z kilku przypadków torbieli zawiązkowych i zapalenia szpiku szczęki górnej, których rozpoznanie, zarówno kliniczne jak i radjograficzne, było trudne a zostało ostatecznie ustalone przy operacji. Pod względem leczniczym poleca się w podobnych przypadkach energiczne postępowanie operacyjne, polegające na szerokiem otwarciu jam zropiałych i usunięciu winnych zębów. Pod względem zapobiegawczym wskazane jest staranne leczenie korzeni według zasad naukowych, gdyż doświadczenie uczy, że sprawy zapalne kości szczękowych w przeważnej ilości przypadków zawdzięczają swe powstanie zębom nienależycie zaopatrzonym.

Kranz. **O znaczeniu stężenia jonów wodorowych i zawartości amoniaku w ślinie.** Prócz stężenia jonów wodorowych badał autor zawartość amoniaku wolnego i związanego i rodanu celem stwierdzenia związku między zawartością tych składników a skłonnością do osadzania się kamienia zębowego. Stężenie jonów wodorowych badano metodą łańcuchów gazowych i metodą indykatorów, przyczem spostrzeżono związek między wzrostem wskaźnika wodorowego a osadem kamienia tego rodzaju, że przy ślinie kwaśnej osadu kamienia niema lub jest nieznaczny, a przy silnie zasadowej osad jest znaczny. Dla wolnego amoniaku znaleziono jako wartość przeciętną 0.0051, dla związanego 0.0058; przy osadzie kamienia wartości dla wolnego amoniaku były o 45% większe, dla związanego o 65% od wartości znajdowanych w przypadkach bez osadu kamienia. Jako wskazanie lecznicze polecałoby się płukanie ust środkami zobojętniającemi amoniak np. kwasem cytrynowym. Badania na rodanek potasu wykonywane były kolorymetrem Authenrieth'a, przyczem okazało się, że u palaczy zawartość rodanku jest znacznie wzmożona, że o zmniejszeniu zawartości rodanu w ciąży mowy niema, że niema związku między skłonnością do osadu kamienia a zawartością rodanu, jak również, że niema związku ta zawartość z częstością próchnicy.

Hofer. **Dwa przypadki torbieli szczęki górnej.** Opis dwóch przypadków zropiałych wielkich torbieli, operowanych na oddziele szczękowym Pichlera, z których pierwsza odznaczała się pewnemi trudnościami rozpoznawczemi, a druga dala przy operacji nadzwyczaj ciężki, kilkakrotnie się powtarzający krwotok z nadmiernie silnie rozwiniętej gałęzi zębodołowej tętnicy szczękowej wewnętrznej, wymagający podwiązania tętnicy głowowej zewnętrznej, powyżej odejścia tętnicy językowej.

Kneucker. **Znieczulenie wysokoprocentowemi rozczynami nowokainy przy wyjęciach zębów.** Ponowne polecenie nowokainy 4%-ej.

Rosenthal. **Kliniczne badania uzębienia u dzieci gruźliczych.** Autor badał dzieci austrjackie i niemieckie umieszczone w roku 1920 w Dawos i wyniki badań swoich ujmuje w sposób następujący: 1) niema w uzębieniu piętn charakterystycznych dla gruźlicy, 2) gruźlica nie upośledza ząbkowania w jego przebiegu czasowym; nieprawidłowości ustawienia zębów są częstsze, 3) niedokształcenia szkliwa są częstsze, niż w warunkach prawidłowych (17.8% przeciw 4—13%), odsetek próchnicy nie jest większy, 5) tak zwana »próchnica okrężna« (*caries circularis*), uważana przez Neumanna za następstwo gruźlicy, a przez Feilera, krzywicy, nie zachodzi w czasie drugiego zębowania, 6) podany przez Möllera rąbek czerwony lub siny na brzegu dziąsła niema dla gruźlicy znaczenia ani rozpoznawczego ani rokowawczego.

La Revue de Stomatologie.
XXIV. Nr 2. (1922).

Cruet. **Magitot i jego dzieło.** (1834—1897). Życiorys Magittota, podkreślający jego zasługi około rozwoju dentystyki francuskiej, zwłaszcza w kierunku ścisłego jej zespolenia z resztą medycyny w duchu „jedności patologji ludzkiej" (Galippe). Do najważniejszych prac M.-a należą: Badania nad rozwojem i budową zębów ludzkich (1857), Rozprawa o nieprawidłowościach zębów (1874), Anatomja porównawcza zębów człowieka i małp człekokształtnych (1869), Badania nad powstaniem uzębienia u ssaków (1881), Prawa zębowania u kręgowców (1883), Chronologja uzębienia ssaków (1873), Morfologja zawiązka zębowego u człowieka i ssaków (1879), O zmianach anatomicznych szkliwa i zębiny (1866), Badania etnologiczne i statystyczne zmian uzębienia (1866—7), O próchnicy zębów (1867), o nadżerkach szkliwa. O guzach ozębnej (1860), O torbielach szczękowych (1873), O powikłaniach zębowania (1881), O reimplantacji zębów (1865), O działaniu leczniczem kwasu chromowego w schorzeniach jamy ustnej (1869), O profilaktyce martwicy fosforowej (1895), wreszcie O higjenie zębów u dzieci szkolnych. Pozatem ogłosił szereg publikacyj w sprawie studjów dentystycznych, w których okazał się nieprzejednanym zwolennikiem doktoratu medycyny dla dentystów.

Allerhand (Lwów).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Nowiny lekarskie Nr. 6. A. Karwowski. Przyczynek do sprawy zakaźności szyszkowin (*condylomata acuminata*). — K. Mayer. O sztucznem odżywianiu za pomocą fizjologicznie przetrawionych pokarmów. — Schilling-Siengalewicz. O powstawaniu uszkodzeń wątroby u płodów i noworodków. — K. Bross. Przyczynek do kazuistyki zatrucia kiełbasianego (botulizmu).

N. 7. F. Żuralski. O leczeniu rzeżączki u kobiet śródżylnem zastrzykiwaniem Collargolu. — A. Karwowski. Przyczynek do sprawy zakaźności szyszkowin (dokończenie). T. Kleczkowski. Zastosowanie szwu ciągłego przy operacji wycięcia załamka spojówki. H. Piotrowski. Śmiertelność w zakładach psychjatrycznych podczas wojny światowej. — Bajoński. Icterus neonatorum.

N. 8. J. Stasiński. O zaburzeniach czynnościowych nerwów organow egetacyjnych i dokrewnych narządów wydzielniczych w stosunku do chorób oka i leczeniu ich wstrząsem, na podstawie własnych doświadczeń i spostrzeżeń. — J. Chmielewski. Gruźlica a układ nerwowy. R. Strutyński. Przyczynek do etjologji porażeń nerwu podjęzykowego. — Magowski. O ziarenkowcach Weichselbauma, znalezionych na spojówce ludzkiej.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 29 marca 1922.

Przewodniczy kol. Woyciechowski. Obecnych członków 90.

Na członka Towarzystwa przyjęto kol. Ryszarda Kunickiego. Kol. Ciechanowski zawiadamia, iż Pol. Gazeta lekarska nie wychodzi na razie z powodu strajku zecerów.

1. Dr. Tempka przedstawia:

a) Chorą 45 letnią z objawami **choroby Glénarda**, u której wyczuwa się prawidłową trzustkę w prawidłowem jej położeniu; zaznacza, że wymacanie w tym przypadku trzustki jest możliwe dzięki znacznemu wychudzeniu chorej i bardzo znacznej wiotkości powłok brzusznych (10 porodów). Podnosi, że w piśmiennictwie polskiem znajduje się dotychczas jeden przypadek tego bardzo rzadkiego objawu, opisany przez Orłowskiego;

b) kość udową chorej, którą pokazał na jednem z poprzednich posiedzeń, u której rozpoznał wtedy niedokrwistość aplastyczną, jako ostateczne zejście **thrombopeniae essentialis.** Oględziny zwłok potwierdziły w zupełności rozpoznanie kliniczne, stwierdzając w zakresie kości długich nie tylko brak szpiku czerwonego w jamie trzonu, ale nawet zamianę czerwonego szpiku nasad na szpik tłuszczowy.

c) 21-letniego chorego ze **skazą krwotoczną**, występującą od najwcześniejszego dzieciństwa w postaci samoistnych krwawień z nosa i dziąseł, przedewszystkiem zaś w postaci krwawych wylewów do jam przeważnej ilości wielkich stawów, nadto w postaci długich krwawień po skaleczeniu się. Wyklucza skazę krwotoczną objawową, gnilec (dobre warunki życiowe, brak zmian zapalnych dziąseł), *purpura anaphylaktoides* (brak zmian na skórze w jakiejkolwiek postaci, brak gorączki, kolosalnie przedłużony czas krzepnięcia od 5—10 godzin), chorobę *Werlhoffa* (zwiększona ilość trombocytów, bardzo znacznie przedłużony

czas krzepnięcia, prawidłowy czas krwawienia, brak wybroczyn skórnych, ujemny objaw opaskowy). Przyjmuje krwawiączkę prawdziwą (bardzo znacznie przedłużony czas krzepnięcia, wzmożona ilość trombocytów, ujemny objaw opaskowy, krwawienie prawie wyłącznie w obrębie jam stawowych, brak wybroczyn skórnych), mianowicie jej postać nabytą, wrodzoną (pojawianie się skazy krwotocznej od najwcześniejszego dzieciństwa, zupełny brak skazy krwotocznej w rodzinie).

2. Kol. Walter przedstawia:

a) Przypadek świeżej **Dermatitis herpetiformis Duhring**, której pierwsze objawy wystąpiły na błonach śluzowych jamy ust. Przypadek nastręcza pewne wątpliwości rozpoznawcze w stosunku do wielopostaciowego rumienia wysiękowego Hebry, dlatego omawia szerzej dane rozpoznawcze różniczkowe obu tych cierpień. Przebieg dalszy potwierdzi rozpoznanie, jednak przechylić się należy za rozpoznaniem *Dermatitis herpetiformis*;

b) **acrodermatitis atrophicans Herxheimer** (*Erythromelia Pick*) umiejscowioną na przedramieniu i ramieniu prawem, o typowej postaci. Zmiana ta wystąpić miała po wykonaniu tatuażu na ręce, prawdopodobnie na skutek następowych zakażeń;

c) **nacieki kilakowe podskórne** na podudziach i udach u kobiety 40 l. Odczyny serologiczne W. i S. G. ujemne, badanie histologiczne wyciętego nacieku, umiejscowionego głównie w tkance tłuszczowej, nie wykazało charakterystycznych danych, dopiero leczenie swoiste rozstrzygnęło o rozpoznaniu;

d) przypadek **naevus Pringle** u dziewczynki dziesięcioletniej umiarowo umiejscowiony na twarzy.

W dyskusji zabiera głos kol. Lenartowicz i podnosi, że, jakkolwiek w przypadku pierwszym trudności rozpoznawcze są duże, rozpoznać należy *Dermat. herpet. Duhring*, co z pewnością dalszy przebieg choroby potwierdzi.

3. Kol. Kramarzyński (senior) omawia ustawę o **praktyce lekarskiej.**

W dyskusji zabierali głos: Kol. Strzemieński i Momidłowski. Po ożywionej dyskusji prelegent postawił następujący wniosek:

Towarz. Lek. w Krakowie w porozumieniu z Izbą Lek. zarządzi fachowe zbadanie ustawy o praktyce lekarskiej z dn. 2. XII. 1921 r., ewentualnie ustawy z tegoż dnia o Izbach lekarskich, a po uznaniu niewłaściwości, niezgodnych z wymaganiami ogółu lekarzy, lub postanowień, wręcz przeciwnych interesom lekarzy — wniesie protest przeciwko tym ustawom do Ministerstwa Zdrowia publ. w Warszawie. Wniosek przyjęto i wybrano Komisję, w skład której weszli kol.: Kramarzyński, Strzemieński, Momidłowski, Fuchs, Habicht, Cercha i Stahr. *Wysocki*, sekretarz.

Łuckie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dn. 21. IV. 1922 r.

Przewodniczy kol. Fr. Miłaszewski. Obecnych 15.

1) Kol. B. Bejlin przedstawił wychudłą repatrjantkę-izraelitkę 45 lat, z **bardzo rozwiniętemi żylakami** na dolnych kończynach, jednak bez owrzodzeń. Żylaki zaczynają się na stopach kończą guzami wielkości jaja kurzego w pachwinach, podobnemi do przepukliny udowej. Okaz nadawał się do fotografji, lecz, niestety fotografję zrobiono dopiero we dwa miesiące po pokazie, kiedy repatrjantka zdążyła się odżywić, przezco wyrazistość guzów znacznie zmalała. Guzy stopniowo się rozwijały od 20-go roku życia, po 7 porodach; bywały i owrzodzenia na nogach.



2) Kol. M. Jasiński wygłosił referat pod tytułem: „**Choroby oczu z punktu widzenia biochemicznej teorji odporności Ehrlicha**", który w steszczeniu podajemy.

Na wstępie mówca przytoczył niektóre dane o krążeniu i powstawaniu płynów śródocznych (dośw. Leber'a, Priesthley Smitha, Nieznamowa i in.) i wspomniał o znaczeniu ciałka rzęskowego i tęczówki, t. zw. aparatu wydzielinowego (Römer), jako źródła powstawania płynów w komorach oka. Następnie przeszedł do wyjaśnienia pytań: 1) czy oko nasze bierze czynny udział w biologicznych zjawiskach uodpornienia ustroju, 2) o ile obronnemi stają się poszczególne tkanki oczne w przebiegu tej lub owej zakaźnej choroby, i 3) jakich wyników spodziewać się możemy przy sztucznem uodpornieniu ustroju w sprawie zakaźnej tkanek ocznych. Wskazał na powstanie i rozwiązanie problematu o przesiąkaniu ciał ochronnych czynnych z naczyń krwionośnych ciałka rzęskowego do płynów śródocznych, mianowicie badania Wesely'ego, Gatti'ego, wykazały, że hemolizyny nie przesiąkają do ciałka szklistego i cieczy wodnistej oka. Römer jednakże wyświetlił, że, o ile przeciwjady i zlepniki do płynów ocznych się przedostają, o tyle z reguły ciałka bakterjobójcze nie przesiąkają, ponieważ aparat wydzielinowy posiada własność biologiczną, elekcyjną w stosunku do niweczników 3-go stopnia. Zjawisko to ma celowy charakter: wśród ciał czynnych, krążących we krwi, są autocytotoksyny, stwierdzone przez Dungern'a, Paul'a, Sachsa i in., szkodliwie oddziaływające, w razie przedostania się do oka, na pierwoszczę tkanek jego.

Mówca roztrząsał, jakie zjawiska zachodzą przy uodpornieniu w poszczególnych układach oka (posiadających i nieposiadających naczynia krwionośne). Wyjaśnił powstawanie autocytotoksyny w ustroju przy sztucznem uodpornianiu, w warunkach fizjologicznych i patologicznych, a także oddziaływanie cytotoksyn na tkanki oczne w myśl zasady teorji Ehrlicha, że „*corpora non agunt nisi fixata*". Przytoczone dane były podstawą na której osnute: 1) Teorja pochodzenia współczulnego zapalenia oka pod wpływem specyficznych cytotoksyn, powstających przy rozpadzie komórek uszkodzonego ciałka rzęskowego (Hołowin, Römer). 2) Pochodzenie zaćmy starczej (Römer), jako następstwo uszkodzenia soczewki autocytotoksynami. 3) Niektóre postacie zapaleń siatkówki, naczyniówki etc. Następnie mówca zaznaczył, jakie znaczenie uzyskała teorja odporności w zakresie serodjagnostyki kiły i gruźlicy oka (odczyn Wassermanna, v. Pirqueta, Calmette'a i Wolf Eisner'a). Szczegółowo omówił, co dała teorja odporności w zastosowaniu praktycznem przy leczeniu chorób oczu, przeważnie drobnoustrojowego i toksycznego pochodzenia (bierne i czynne uodpornienie przy ulcus serpens, leczenie za pomocą autosurowicy różnych chorób oczu). Przytoczył dane własnych spostrzeżeń i zwraca uwagę kolegów, że w jednym przypadku wrzodu oka stosowana autosurowica bardzo dodatnio wpłynęła na łuszczycę zwykłą. Wspomniał o stosowaniu jequiritol'u w przypadkach łuszczki, surowicy przeciwbłoniczej, surowicy Deutschman'a i o przypadku zastosowania przez prof. Elschniga hemolitycznej surowicy przy krwawych wybroczynach w ciałku szklistem. Przytoczył także dane prac Hippel'a i jego szkoły o pomyślnych skutkach leczenia gruźlicy oka.

Streszczając mówca powiedział, że teorja bocznych łańcuchów rozszerzyła naukowy horyzont, pozwoliła lepiej zrozumieć znaczenie faktów zdobytych doświadczeniem. W zakresie rozpoznawania chorób wogóle i ocznych w szczególności prace Bordet'a, Gengou, Wassermanna, Römera i in. wyświetliły patogenezę niektórych chorób oczu o niezrozumiałem i zagadkowem pochodzeniu (współczulne zapalenie oka, zaćma). Leczenie chorób oczu też zostało oparte na racjonalniejszych podstawach. (Autoreferat).

W dyskusji zabierali głos koledzy Miłaszewski, Mininzon i Lipiński.

Kol. Lipiński zaznacza, że w klinice dermatologicznej we Lwowie stosują leczenie autosurowicą pęcherzycy z doskonałym wynikiem. Następnie przytacza przypadek łuszczycy, leczonej przez siebie autosurowicą z dobrym skutkiem. Kol. Wojnicz zapytuje, czy prelegent do swego referatu czerpał wiadomości tylko z literatury obcej, czy też i z polskiej. Kol. Jasiński potwierdza podanie kol. Lipińskiego i zaznacza, że literatura polska z dziedziny okulistyki jest bardzo skąpa.

3) Na delegatów na **Walne Zgromadzenie Z. L. P. P. w Warszawie** w dniu 30 kwietnia 1922 r. wybrano kol. Miłaszewskiego i Wojnicza. Kol. Miłaszewski zabiera głos w sprawie urządzenia **sanatorjum dla chorych piersiowych** i proponuje przekazać ją nowopowstałemu Oddziałowi Tow. Higjenicznego, co uchwalono z tem, żeby w posiedzeniach Tow. Higjenicznego brał udział delegat związku Lekarzy.

4) Gość, kol. Królewski z Kowla zaznajamia zebranie z nowo zorganizowanym kołem Z. L. P. P. w Kowlu.

Posiedzenie doroczne z dn. 5 Maja 1922 r.

Przewodniczącym wybrano kol. J. Ranca. Obecnych 15.

1) Kol. B. Bejlin przedstawił chorego izraelitę z Łucka, lat 53, z „**cavernitis penis**", która to choroba przed pół rokiem bez przyczyny zaczęła się pojawieniem małych stwardnień w wałkach jamistych prącia, na $1^1/_2$ cm powyżej rowka zażołędnego. Stwardnienia te mają zbitość prawie chrząstki, są niebolesne, przeszkadzają tylko przy spółkowaniu i zwolna rosną. Jedno znajduje się na tylnej powierzchni prącia, bardziej płaskie, wielkości paznokcia; dwa z boków, każde wielkości grochu polnego. Leczenie jodem i arszenikiem wewnątrz, okładami i kąpielami zewnątrz, pozostało bez skutku. Chory podaje, że od wczesnej młodości leczył się na płuca, gardło i przebył ropne zapalenie kości piszczelowej prawej. Obecnie stwierdza się katar szczytów płucnych i przetokę u nasady górnej prawej piszczeli, dotąd niezagojoną (po wielu operacjach).

W dyskusji brali udział kol. Miłaszewski, Mininzon, Lipiński i Wojnicz i przyszli do przekonania, że cierpienie jest pochodzenia gruźliczego. Kol. Lipiński zaznaczył, że przy rzeżączce spostrzegał guzy zapalnego pochodzenia w ciałach jamistych cewki moczowej, nie widział zaś w ciałach jamistych prącia. Kol. Wojnicz przytoczył ze swojej praktyki chorego wieśniaka lat 47, który zresztą zdrów, miał „cavernitis" całej żołędzi.

2) **Sprawozdanie doroczne naukowe** odczytał sekretarz kol. Wojnicz; kasowe i komisji rewizyjnej skarbnik kol. Bejlin. Obydwa sprawozdania zostały przyjęte i zatwierdzone.

3) Kol. Miłaszewski zdał sprawę z walnego zgromadzenia Zw. Lek. P. P. w Warszawie, podnosząc, że Zw. nadal pozostaje jednostką samodzielną obok Izb lekarskich i że or-

ganem Zw. są „Nowiny Lekarskie“, wreszcie zakomunikował, że złożył ofiarowane przez Łuckie Tow. Lek. 30.000 Mk. na cegiełkę Wawelską.

Miłaszewski, prezes. *A. Wojnicz*, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16. maja 1922.

Przewodniczy prof. A. Głuziński.

I. Prof. F. Czubalski. **Nowsze poglądy na charakter krzywej elektrokardjograficznej** Mowca przedstawia w krótkości poglądy na źródło elektryczności zwierzęcej oraz omawia charakter prądów czynnościowych w tkankach, przechodząc następnie do rozpatrzenia krzywej elektrokardjograficznej i sposobu jej tłumaczenia. Zrozumienie załamków P, Q, R i S nie nastręcza większych trudności, natomiast załamek T przez różnych autorów rozmaicie był ujmowany i tłómaczony. Mowca, nawiązując do prac de Meyer'a, który źródła różnic potencjałów w mięśniach dopatruje się także nie tylko w sprawach chemicznych, ale i w czysto fizycznych stanach tkanki, a mianowicie w różnym stopniu jej rozciągnięcia lub skrócenia (prądy deformacyjne), przypuszcza zgodnie z de Meyer'em, że te właśnie sprawy mogłyby być przyczyną powstawania załamka T na krzywej elektrokardjograficznej. Przemawiałaby za tem ujęciem także i ta okoliczność, że powstawanie załamka T wypada na okres zmian mechanicznych serca w przeciwstawieniu do pierwszej części elektrokardjogramu. W ten sposób mielibyśmy w krzywej elektrokardjograficznej odbicie spraw biochemicznych (I. część krzywej) oraz zmian mechanicznych mięśnia sercowego (II. część krzywej, począwszy od załamka T). Mowca sądzi, że klinika powinna się zainteresować tem nówem ujęciem elektrokardjogramu i wypowiedzieć swe poglądy w tej sprawie.

W dyskusji Pawiński dziękuje mowcy za dokładne przedstawienie poglądów na krzywą elektrokardjograficzną i zwraca uwagę na 2 punkty praktyczne, jakie daje elektrokardjograf, a mianowicie na łatwość zbierania krzywych elektrokardjograficznych i na to, że chorzy nie podlegają wrażeniom wzruszeniowym. Rezultaty praktyczne dla klinicysty są jednak mniejsze, niż się spodziewano. Za pomocą elektrokardjografu udało się wyjaśnić działanie przedsionków podczas ich migotania, częstoskurcz napadowy. Dawniej bardzo trudno było zdać sobie sprawę z działalności przedsionków. Pawiński na krzywych kardjograficznych widywał brak skurczów przedsionkow, wyjaśnić tego zjawiska nie mógł. Krzywe otrzymane za pomocą kardjografu Jaquet'a zbliżone są do krzywych elektrokardjograficznych i dają pojęcie o skurczu przedsionków i komór.

Goldbaum zgadza się z Pawińskim, że elektrokardjografia ma dla kliniki małe znaczenie, są jednak pewne cierpienia, które przy pomocy elektrokardjogramu można wykryć. Strobl z Drezna i Nicolai na podstawie badania krzywych elektrokardjograficznych stawiali rozpoznania cierpień u chorych, których zupełnie nie widzieli. Zdaniem Goldbanma badania za pomocą elektrokardjografu można zastosować w klinice i przy badaniach farmakologicznych. Sam elektrokardjograf może być źródłem wielu błędów, które trzeba uwzględniać przy rozumowaniu.

Semerau przedstawia krzywą elektrokardjograficzną u człowieka, oraz zmiany, jakie spotykał przy badaniu osób umierających, w załamkach Q i R. Załamek T starano się wytłumaczyć przewagą lewej komory nad prawą. Tłomaczenie Meyer'a, że przy końcowym stanie skurczu serca następuje silna deformacja, zdaje się być najprawdziwszem, jak to wykazywały krzywe, zebrane przez S. na umierających, gdzie powstała zasadnicza zmiana w mięśniu sercowym. Załamek P zmienia się, spłaszcza się, staje się nawet ujemnym, o ile punkt wyjścia dla skurczu zmienił się.

Posiedzenie kliniczne z dnia 6 czerwca 1922.

Przewodniczy prof. A. Głuziński.

1. T. Trzciński „**Z kazuistyki leczenia neosalwarsanem**“. (Rzecz przeznaczono do druku).

W dyskusji Chrostowski wspomina, że interniści stosują salwarsan w leczeniu zgorzeli płuc. W jednym przypadku po zastrzyknięciu dożylnie 0,3 neosalwarsanu wystąpiła niedomoga mięśnia sercowego, którą udało się opanować zastrzykiwaniem kamfory i adrenaliny. Doc. Janowski W. w dwukrotnem przemówieniu występował przeciwko zastrzykiwaniu neosalwarsanu. Dziesięcioletnia próba stosowania neosalwarsanu wykazała skłonność świata lekarskiego do stosowania silnie działających środków. Zastrzykiwania te, jak stwierdza praktyka syfilidologów, u młodych ludzi udawały się. Obecnie budzi się wśród lekarzy pewien zwrot. W pismach lekarskich niemieckich z marca, francuskich z maja liczni autorzy występują przeciw neosalwarsanowi. Chorzy po zastrzyknięciu neosalwarsanu często dostawali żółtaczki, cierpieli na wątrobę. Objawy zapadu ze spadkiem ciśnienia wywołało trujące działanie neosalwarsanu na nadnercza. W leczeniu duru powrotnego u chorych występował zapad, przemijające porażenia, jak o tem wspomniano w Archives des maladies du coeur, ratowano tych chorych dużemi dawkami adrenaliny, do 4 mlgr. Trucizna ta hamuje i czynność nerek, jak wykazują szczegółowe badania, występuje azotaemia u znacznej liczby ludzi. J. przestrzega, że neosalwarsan jest b. silną trucizną, i stawia wniosek, aby dalsze stosowanie salwarsanu bez czynnościowego badania wątroby, nerek, nadnerczy było wzbronione.

Kopytowski pomimo, iż bardzo oględnie i względnie rzadko stosuje stosuje wlewania salwarsanu, widział kilkakrotnie ciężkie przypadki zatrucia. Jeden przypadek ze śmiertelnem zejściem dotyczył pierwszego chorego, któremu w Warszawie zastosowano w szpitalu na oddziale mówcy salwarsan podskórnie przez kol. Malinowskiego. Chory ten figurował nawet jako przypadek wyleczenia po jednorazowem zastosowaniu salwarsanu; okazało się jednak, że chory ten zmarł po 4 zastrzykach w szpitalu Jana Bożego na zapalenie mózgu krwotoczne. Pierwszy stosowany przetwór arszeniku w kile, arsacetin, powodował zanik nerwu wzrokowego. Alt-salwarsan powodował dość często nieszczęśliwe przypadki i względnie często głuchotę. K. widział dwa takie przypadki. Neosalwarsan okazał się najmniej jadowitym środkiem, lecz nawet w średnich dawkach niekiedy wywołuje zapad po dożylnem wlewaniu. Zazwyczaj taki chory po każdem wlewaniu reaguje osłabieniem działalności serca. Zapach naszego neosalwarsanu jest odmienny od necsalwarsanu niemieckiego. Podczas pierwszej kuracji niemieccy syfilidolodzy stosują 4 gr neosalwarsanu, licząc 60 kg przeciętną wagę człowieka, co odpowiada 1 gr na 15 kg wagi. Większość niemieckich autorów, a i wielu francuskich stosuje odrazu duże dawki tj. 0,6 na pierwszy zastrzyk, powtarzając je w odstępach tygodniowych. K. w swej praktyce stosuje neosalwarsan »Grodzisk« od 0,3—0,45, stosownie do przypadku co tydzień lub co 10 dni, rzadko dochodząc do dawki 0,6 i to tylko u mężczyzn. Podczas pierwszej kuracji, jeżeli chory dobrze znosi, K. robi dożylne wlewania od 4 do 6 razy. K. od kilku lat stosuje neosalwarsan w lawatywach, zazwyczaj w ilości 0,45, rozpuszczonych w 50 gramach wody przegotowanej, po oczyszczeniu kiszki odchodowej za pomocą lawatywy z przegotowanej wody. Zabieg ten K. poleca stosować wieczorem przed udaniem się na spoczynek. Lawatywy powtarza się co tydzień w ilości od 4 do 6 na kurację. U małych dzieci od 4 lat dawki wynoszą od 0,05 neosalwarsanu, u dzieci 6-cio i 8-mio letnich dawki dochodzą do 0,15. Stowanie lawatyw ma o tyle rację bytu, o ile chorym nie można z powodów technicznych tj. niedorozwoju żył zrobić dożylnie wlewania. Działanie leku jest widoczne. Analizy moczu wykazały, że po 12 godzinach w moczu nie można wykryć As; po 24 g odczyn na As występuje; po 2-ch lawatywach odczyn na As występuje wyraźnie i bardzo wyraźnie po 4 lawatywach (analizy Dr. Wojciechowskiego). Przyjmowanie jodku potasu utrudnia wykrycie arsenu w moczu.

Prof. Głuziński z odczytu Trzcińskiego przekonał się, że stosował neosalwarsan częściej, niż radzi mowca. Poważniejsze niebezpieczeństwo przedstawiały następujące przypadki. Do kliniki przywieziono chorego, lat 30, z objawami ciężkiej plamicy Werlhoffi. Rok temu miało miejsce zakażenie kiłowe, w ciągu roku przeprowadzono kilka seryj leczenia neosalwarsanem i rtęcią. Długie stosowanie neosalwarsanu doprowadziło do skazy krwotocznej, od której chory zmarł. W drugim przypadku u studenta stwierdzono zapalenie nerek (nephritis parenchymatosa) z objawami skazy krwotocznej. Przypuszczano zatrucie sublimatem. Badanie moczu nie wykryło ani śladu rtęci, natomiast duże ilości arszeniku. Objawów ostrego zatrucia arszenikiem nie było. Prof. G. uważa, że za dużo stosuje się neosalwarsanu i za często powtarza się zastrzykiwania.

Skłodowski często widywał chorych po odbytem leczeniu salwarsanem. Chorzy ci zapadają na ciężkie choroby wątroby. S. obserwował ostry zanik wątroby po 3 miesięcznem, bardzo energicznem, leczeniu neosalwarsanem. U innego chorego S. widział ciężką żółtaczkę, która trwała 5 tygodni i wystąpiła w miesiąc po leczeniu neosalwarsanem. Próba Wassermanna wykazała dwa plusy.

Wernic stwierdza, że pesymistyczny ton, jaki daje się wyczuć z przemówień, ma dużą rację. Nie można jednak powikłań, wywoływanych przez salwarsan, przenosić na neosalwarsan, który jest mniej trujący. Preparaty krajowej fabryki neosalwarsanu po rozpuszczeniu w wodzie nie dają żadnych mętów. Przed wypuszczeniem do sprzedaży wykonywane są badania na królikach, na myszach, odpowiednio do wagi ciała. Ostrożność w stosowaniu neosalwarsanu jest ważna, ujemnych wyników miał bardzo mało.

K. Zieliński wbrew twierdzeniu Wł. Janowskiego, odmawiającemu leczniczych własności neosalwarsanowi w durze powrotnym, na zasadzie danych z piśmiennictwa lat ostatnich, a głównie pracy śp. Zdwarda Zielińskiego, wygłoszonej w Tow. Lek. w odczycie uznanym w r. 1920 za najlepszy (nagroda im. Moczutkowskiego), widzi w neosalwarsanie środek swoisty dla duru powrotnego. Własne spostrzeżenia utwierdziły go w tem przekonaniu. Ostatnio leczył dwa przypadki duru powrotnego u osób starszych, obydwa z zejściem pomyślnem.

Doc. Bronowski widział w szpitalu Mokotowskim razem z kol. Gromskim 40 przypadków duru powrotnego, leczonych neosalwarsanem z dobrym wynikiem. Po zastrzyknięciu neosalwarsanu podczas 1-go napadu, drugiego napadu nie było zupełnie lub też był bardzo lekki.

Szmurło stwierdzał dobre wyniki po stosowaniu neosalwarsanu w postaci pędzlowania i zasypywania w najcięższych postaciach zapalenia gardła Vincenta i przemawia za stosowaniem neosalwarsanu.

Szulc uważa, że w wojsku trudno byłoby się wyrzec

stosowania neosalwarsanu, gdyż wtenczas chorych trzeba byłoby przetrzymywać w szpitalach bardzo długo, dopóki byliby zaraźliwi.

W odpowiedzi Trzciński wypowiada zdanie, że salwarsan nie wyjdzie z użycia w leczeniu kiły, ale musi być stosowany bardzo oględnie i z dłuższemi przerwami pomiędzy jednem zastrzyknięciem, a drugiem.

2. Michalski Z. **„Miażdżyca tętnicy płucnej"**. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Pawiński zaznacza, że rozpoznanie zmian w tętnicy płucnej należy do bardzo trudnych i wątpliwych. Przy zmianach zastawki dwudzielnej i rozedmie płuc znajdujemy tętnicę płucną nieco rozszerzoną, zmian makroskopowych nie widujemy; w rozgałęzieniach tętnicy płucnej niekiedy wykrywano zmiany. Rozpoznać te zmiany nie jest w stanie nawet doświadczony klinicysta, może je wywnioskować na podstawie innych objawów i domyślać się ich obecności. Rozszerzenie łuku tętnicy płucnej na rentgenogramie nie potwierdza rozpoznania. Duszność zaś, o której wspominał mowca, może być większą lub mniejszą.

Prof. Głuziński wyjaśnia, że różne są typy rozedmy płuc: jedne przebiegają pod obrazem przypominającym wadę serca; w innych znowu uderza wybitna sinica. Te ostatnie przypadki zależą od zmian w rozgałęzieniach tętnicy płucnej, obraz rentgenologiczny jest charakterystyczny — uderzają wybitnie jasne pola płuc.

Michalski zaznacza, że nie tylko rozszerzenie łuku tętnicy płucnej, ale cały zespół objawów, a szczególniej wybitna jasność płuc przy obecności sinicy, przemawiają za zmianami w rozgałęzieniach tętnicy płucnej. Sinica występuje w takim stopniu, że pozwala odróżnić omawiane cierpienie od innych.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska w Krakowie zwrócił się do P. Prezydenta Ministrów, Prof. Dra Juljana Nowaka w Warszawie, z następującą sprawą i prośbą:

Taksy sądowo lekarskie, obowiązujące dziś w Małopolsce i na Śląsku Cieszyńskim, są tak niskie, że nietylko nie przynoszą lekarzom sądowym żadnego dochodu, ale owszem przez odrywanie ich od praktyki prywatnej wyrządzają nadzwyczaj dotkliwą szkodę materjalną. Wystarczy nadmienić, że za sekcję zwłok, wykonaną w miejscu, oddalonem o kilkanaście kilometrów od siedziby sądu i lekarza, otrzymuje znawca tysiąc kilkadziesiąt marek, w czem za samą sekcję dwieście sześćdziesiąt marek, płatnych nieraz w trzy lub cztery lata. (!) Wskutek tego wartość tych żebraczych honorarjów spada niemal do zera, a wypłacanie ich w tak późnym terminie zakrawa na ironję. Zdawałoby się to nieprawdopodobne, a jednak dzieje się to istotnie, n. p. w sądzie powiatowym w Dębicy (sąd okręgowy w Tarnowie). Wysyłane w tej sprawie podania do Ministerjum Sprawiedliwości i Ministerjum zdrowia publicznego zbyto niczem.

Żądania nasze były bardzo skromne. Domagaliśmy się trzystokrotnego pomnożenia przedwojennej taksy austrjackiej (w czerwcu b. r.) i wyznaczenia automatycznego dodatku drożyźnianego.

Pod naporem kolegów w Małopolsce i na Śląsku (Cieszyńskim), od których otrzymaliśmy bardzo liczne zażalenia, Wydział Związku uchwalił wezwać Kolegów do zaprzestania czynności sądowo lekarskich. Wskutek tego wielu lekarzy zaczęło się uchylać od czynności sądowych, na co sądy znów odpowiedziały represaljami ustawowemi, a więc nakładaniem niezmiernie wysokich grzywien, względnie kary aresztu, na opornych, albo też groźbą przymusowego dostawienia znawcy przez organa policji państwowej. Naodwrót zaś znamy przypadek, gdzie sędzia śledczy ośmielił się wbrew ustawie wezwać do sekcji z braku lekarzy dwóch medyków, jednego z pierwszego, a drugiego z trzeciego roku medycyny (sąd powiatowy w Czarnym Dunajcu). Naturalnie, że obwinionego musiał trybunał karny w Nowym Sączu uwolnić na wniosek obrońcy z powodu braku stwierdzenia przedmiotowej istoty czynu. Do takiego stanu, trącącego bezrządem, doprowadziły władze z powodu obojętności, z jaką traktują słuszne żądania lekarzy sądowych.

Zwracamy się do Pana Prezydenta Ministrów z uprzejmą prośbą, aby z urzędu swego zechciał polecić Ministerjum sprawiedliwości, by sprawę taks lekarskich ujednostajniło jak najrychlej w myśl naszych słusznych żądań i zarządziło wypłacanie należytości za komisje sądowe najpóźniej do jednego miesiąca. Odniesie to pożądany skutek i przyczyni się do uspokojenia wzburzonych umysłów, a zarazem wprowadzi ład i porządek w czynnościach sądowol-ekarskich. Jak najrychlejsze załatwienie sprawy odniesie z pewnością lepszy skutek, aniżeli rozsyłanie poufnych okólników do sądów na zarządzenie władz naczelnych, gdzie poleca się sądom stosowanie jak najostrzejszych kar ustawowych na opornych lekarzy. Jestto dolewaniem oliwy do ognia, a nie załatwieniem sprawiedliwem naszych słusznych żądań.

Kończymy pismo w przekonaniu, że Pan Prezydent Ministrów, sam z zawodu lekarz, braci lekarskiej nie opuści i na mocy swego, pierwszego w Polsce urzędu poleci natychmiastowe załatwienie tej sprawy.

Kreślimy się z wysokim szacunkiem za Wydział:

Dr. *Kostecki*, sekretarz. Dr. *Żydłowicz*, wiceprezes.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1922/23 został wybrany prof. dr. Hilary Szramm w miejsce prof. Bednarskiego, który zrzegnował z powodu objęcia tymczasowego kierownictwa kliniki okulistycznej.

Kursy dla lekarzy rozpoczęły się na tutejszym Uniwersytecie w dniu 21 b. m. Uczestnictwo w kursach zgłosiło przeszło 40 lekarzy ze wszystkich, nawet najdalszych, stron Polski. Uczestnicy niemal bez przerwy zajęci są po klinikach i pracowniach zakładów teoretycznych, w których słuchają już to teoretycznych wykładów, już też praktycznie są w nich zajęci.

Zdroje Polskie, Towarzystwo akcyjne, które wydzierżawiło od Tow. lekarzy polskich b. Galicji zdrojowisko Morszyn i eksploatację znanej soli morszyńskiej, ogłosiło subskrypcję na akcje III emisji. Ponieważ Towarzystwo uważa za rzecz pożądaną, aby jak najwięcej akcyj było w rękach lekarzy, przeto wyjątkowo liczy dla nich za akcję 500 markową po 600 mkp. »Zdroje Polskie« posiadają już dziś wielki majątek, między innemi w terenach w Zakopanem, doskonała zaś sól gorzka morszyńska cieszy się wielkim zbytem w kraju i wielkiemi zamówieniami na zewnątrz.

Zgłoszenia na akcje do I. X. b. r., z podaniem imienia i nazwiska oraz dokładnego adresu należy przesyłać pod adresem »Zdroje polskie«, Warszawa, Nowy Świat l. 27. m. 3.

XXV. posiedzenie naukowe lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek d. 6. października b. r. w Poliklinice (ul. Lindego) o godzinie 6-tej wieczorem.

I. **Pokazy chorych.**

II. **Wykład:** kol. Rotfeld: Zaburzenia naczynioruchowe i obrzęki troficzne kończyn (z pokazami).

Schusterówna zast. sekret. *Franke* prezes.

Warszawa.

Do podręcznika bakterjologji, wydawanego przez Zakład państwowy badania surowic, Prof. Funk z New-Yorku przesłał artykuł o awitaminozach, który kończy następującą uwagą: »Chciałbym zaznaczyć, że oprócz pracy Budzyńskiego i Chełchowskiego żadna praca polska z dziedziny witaminów nie jest uwzględniona w literaturze wszechświatowej. Byłoby rzeczą korzystną dla autorów polskich, pracujących w tej dziedzinie, i dla specjalistów, zajmujących się kwestją odżywiania, gdybym mógł otrzymać odbitki polskie, które zreferuję w następnem wydaniu mojej książki o witaminach. Jestem pewien, że lekarze polscy mieli sposobność spostrzegać i opisać interesujące stany chorobowe z tej dziedziny«. Adres Prof. Funka: Ameryka, New-York Columbia University Departement of biological chemistry. College of Physicians and Surgeons. 437 West Street 59.

Ponowny trzeci spis chorych wenerycznych zarządziło Ministerstwo zdrowia publ. rozporządzeniem z dn. 2. VIII. b. r. Spis ma się odbyć w czasie od 1 do 30 września br. w całem Państwie polskiem. Według instrukcji należy, poczynając od rana 1 września 1922 r., odnotowywać starannie liczbę chorych i rodzaj ich choroby tak, aby w dn. 30 września 1922 r. wypełnić schemat dołączony. Nie należy podawać nazwisk chorych, lecz tylko ich liczbę tak, aby każdy chory, leczący się w danym okresie, choćby radził się wielokrotnie, był liczony raz jeden. Otrzymane od odpowiednich władz kwestjonarjusze należy po ich wypełnieniu odesłać z powrotem.

Ze Śląska.

Już po wydrukowaniu komunikatu Związku lekarzy Państwa Polskiego, Oddział Górnośląski, Nr. 38. P. Gazety lek., Redakcja otrzymała zawiadomienie, że zatarg lekarzy z Administracją Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach jest zakończony, gdyż podwyżki, których żądali lekarze, przyjęto.

Ze świata.

Na plenarnem posiedzeniu Zgromadzenia Ligi narodów 2ga komisja składała sprawozdanie w sprawie organizacji higjeny. Na trybunę prezydjalną został powołany minister Chodźko, który, jako prezes komisji, spełnia czynności wiceprezesa ogólnego zgromadzenia.

Po wysłuchaniu sprawozdania komisji zgromadzenie uchwaliło trzy wnioski tego sprawozdania, odnoszące się do organizacji higjeny, mianowicie: 1) Zgromadzenie przyjmuje do wiadomości dotychczasowe prace, dziękuje fundacji Rockefellera za poparcie finansowe i wyraża życzenie utrwalenia organizacji higjeny przed czwartem zgromadzeniem; 2) Zgromadzenie stwierdza groźny stan epidemji w Europie Wschodniej, podnosi z uznaniem poniesiony przez państwa sąsiadujące z Rosją wielki wysiłek materjalny i wzywa członków Ligi do zgłaszania sum, jakie rządy mogłyby przekazać na zwalczanie epidemij, zaznaczając, że rząd Wielkiej Brytanji zaofiarował 100 tysięcy funtów, pod warunkiem wniesienia przez inne rządy 200 tysięcy; 3) Zgromadzenie żąda wniesienia do budżetu, do rozporządzenia tymczasowej komisji epidemjologicznej, sum, potrzebnych na pokrycie kosztów badań epidemjologicznych.